

# 証 明 書

滋賀県立彦根翔西館高等学校長 様

学年・組 第\_\_\_\_\_学年\_\_\_\_\_組

名前\_\_\_\_\_

## [病 名]

インフルエンザ 百 日 咳 麻 疹

流行性耳下腺炎 風 疹 水 痘

咽頭結膜熱 結 核 髄膜炎菌性髄膜炎

その他の伝染病 ( )

## [出席停止を必要とする期間]

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日から

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日まで

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

医療機関名

医師氏名\_\_\_\_\_印

# 証 明 書

滋賀県立彦根翔西館高等学校  
第 学年 組 番  
氏名

平成 年 月 日生

診 断 名 :

期 間 :

付 記 :

上記の通りであることを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印