

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]

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印