

主治医様

いつも大変お世話になっております。

お手数をおかけしますが、学校伝染病（インフルエンザ・新型コロナウイルス・麻疹・風疹・水痘など）罹患・疑いがある場合の出席停止確認のため、また、学校伝染病以外でも定期考査を欠席した場合の確認のための書類となりますので、ご協力をお願いいたします。

罹患証明書(令和6年6月24日～)

熊本県立東稜高等学校 ()年()組()番

生徒名 _____

1 病名 ※該当する病名の()内に「○」をご記入ください

- () インフルエンザ
- () 新型コロナウイルス感染症
- () 感染性胃腸炎
- () マイコプラズマ感染症
- () 溶連菌感染症
- () その他 ()

2 出席停止を要する期間、または欠席期間 ※()内をご記入ください

自 ()月()日 } 計()日間
至 ()月()日 }

3 その他の指示事項 ※必要に応じてご記入ください

令和 年 月 日

病院名 _____

病院住所 _____

医師名 _____

印 _____