

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・麻疹・風疹・水痘など）
の疑いがある場合は、ご記入くださいますようお願いいたします。

罹 患 証 明 書

熊本県立東稜高等学校 年 組 番

生徒名 _____

- 1 病 名 1) インフルエンザ
 2) 感染性胃腸炎
 3) マイコプラズマ感染症
 4) 溶連菌感染症
 5) その他 ()

- 2 出席停止を要する期間または欠席期間

自 月 日 日間
至 月 日

- 3 その他の指示事項

令和 年 月 日

主治医 住所

病院名

医師名

印

