

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、出席停止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

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 _____