

平成 年 月 日

主治医殿

滋賀県立草津高等学校長

学校感染症罹患証明書記入のご依頼

学校保健安全法第19条の規定に基づき、学校感染症により出席停止措置を必要とする生徒の御診察と御指導をお願い致します。

なお、ご多忙中に誠に恐縮でございますが、その結果につきまして、折り返し下記の用紙にて御報告いただきたく存じますので、よろしく御願い致します。なお、目安として登校予定日をご記入いただければ幸いです。

学校感染症罹患証明書

滋賀県立草津高等学校

年 組 番 氏名

上記の生徒を、病名 _____ (学校感染症)
と診断いたしました。

初診日 (診断日) 平成 年 月 日 (曜日)

登校予定日 平成 年 月 日 (曜日)

平成 年 月 日 医療機関名 _____

医師名 _____ 印

※担任記入 (欠席期間)

H _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ~ H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

担任 _____