

担任確認欄

# 学校感染症証明書

和歌山県立紀央館高等学校

年 組 番 氏名

病名（学校感染症）：

発症日：令和 年 月 日

出席停止期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日まで

令和 年 月 日

医療機関名

医師御芳名

印

※ この証明書は、学校感染症（インフルエンザ以外）と診断を受けた場合、主治医にご記入いただき  
担任に提出して下さい。