

(様式-教18)

学校感染症の罹患に関する証明書

山梨県立吉田高等学校長 殿

年 組 氏名

疾患名 []

要治療期間 (感染防止のため登校制限をしたほうが良いと思われる期間)

[月 日より 月 日まで]

上記のとおり証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印