

(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 番 氏名

疾 患 名〔 〕

治療期間〔 月 日より 月 日まで 〕

____月 ____日より登校に支障がないことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

※ 治癒し、登校に支障がないと判断されましたら、証明をお願いします。