

受診証明書  
(インフルエンザ)

山梨県立吉田高等学校長殿

年 組 番 氏名

疾患名 インフルエンザ [ ] 型

上記の疾患により、受診したことを証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

※学校記入欄

出席停止期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

担任名

印