

(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。

令和 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。