

校 長	教 頭	教務部長	保健生徒 指導部長	養 護 教 諭	年次主任	担 任

(様式2)

担当医様

兵庫県立加古川北高等学校長

学校感染症届 (インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症を除く) の証明について (依頼)

このことについて、以下の証明をお願い申し上げます。

学校感染症届 (インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症を除く)

令和 年 月 日

兵庫県立加古川北高等学校長 様

年 組 番 生徒名

該当する病名に  をご記入ください。

【病 名】

- 百日咳     麻疹 (はしか)     流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)  
 風疹     水痘     咽頭結膜熱  
 結核     流行性角結膜炎     急性出血性結膜炎  
 腸管出血性大腸菌感染症     髄膜炎菌性髄膜炎  
 その他の感染症 ( )

療養(出席停止)を要する期間

令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )

令和 年 月 日

医療機関名