

(別紙)

学校感染症証明書

県立加古川西高等学校長 様

____年 ____組 ____番 氏名_____

病 名 _____

上記の者 平成 ____年 ____月 ____日 (____) より頭書の疾病により療養中のところ、
予防上支障がないと認められますので、平成 ____年 ____月 ____日 (____) より登校を
許可します。

*インフルエンザによる出席停止の期間は、「発症後5日を経過し、かつ解熱後2日間」です。
(平成24年4月1日改正)

平成 ____年 ____月 ____日

医療機関

医師名 _____ ⑩

以下の欄は本人で記入すること

・早退：平成 ____年 ____月 ____日 (____) _____限より早退

・欠席：平成 ____年 ____月 ____日 (____) ～ 平成 ____年 ____月 ____日 (____)

登校後、担任に本証明書を提出すること。

*学級担任 ⑩ → 教務部 ⑩ → 保健室保管