

受診医 様

平成 年 月 日

兵庫県立西はりま特別支援学校

## 学校感染症証明書について（依頼）

標記の件につきまして、下記の様式により証明していただきますようお願いいたします。  
なお、現在使用されている様式がございましたら、そちらにご記入いただければと思います。

---

### 学校感染症証明書

平成 年 月 日

兵庫県立西はりま特別支援学校長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印

下記の者の症状が治まり、感染のおそれなくなつたと思われまふので、  
登校を許可します

1 (小・中・高) 年 組 名前 ( )

2 病名 \_\_\_\_\_

3 出席停止期間；

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

4 その他