

(様式1)

令和 年 月 日

担 当 医 様

兵庫県立但馬農業高等学校長

学校感染症に関する証明について（お願い）

このことについて、公私ご多忙のところ申し訳ありませんが、学校保健安全法上、下記の証明を必要としますので、よろしくお願い申し上げます。

記

学校感染症に関する証明書

年 科 生徒名

診 断 名

上記の者、令和 年 月 日 より 月 日まで、頭書の  
の疾病により加療いたしました。

つきましては、 月 日より、予防上支障がないと認められますので  
証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名