

学校伝染病罹患証明書

() 年 () 組

生徒氏名 ()

1.学校伝染病名

1.罹患期間

令和 年 月 日 ～ 月 日

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

病院名

病院住所

医師氏名

印