

# 罹 患 証 明 書

滋賀県立愛知高等学校

年 組 名前

病 名

上記の者、学校感染症の規定により

年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) まで

休養・加療の必要を認めます。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

印