

受診医 様

令和 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

令和 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；

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4 その他