

年 組

学 校 感 染 症 証 明 書

学 校 名 大阪府立りんくう翔南高等学校

生 徒 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病 名 _____

上記疾病のため、_____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで安静加療を要したことを
証明いたします。

年 月 日

医療機関名

医師名 印