

# 証 明 書

大阪府立高石高等学校

年 組 氏名

---

◎傷病名 該当病名に○印をお付け下さい。

インフルエンザ ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 咽頭結膜熱 ・ 風疹 水痘 ・ 流行性角結膜炎 ・ ウイルス性肝炎 ・ 結核 その他の学校感染症 ( )
---

◎休業安静加療を要する期間（出席停止期間）

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日  
( 日間)

上記の通り証明します

平成 年 月 日

医師住所

氏名

印