

学校感染症証明書

和歌山県立和歌山東高等学校長 様

年 組 番 氏名

病名：

上記の者は診断の結果、表記 学校感染症のため
令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
自宅療養を必要としたことを認める。

令和 年 月 日

医師名 印