

# 学校感染症証明書

滋賀県立長浜農業高等学校

年 組 氏名

\* 病 名

百日咳	麻しん	風しん
流行性耳下腺炎	咽頭結膜熱	水痘
結核	髄膜炎菌性髄膜炎	
その他(		)

\* 出席停止期間

年	月	日から
年	月	日まで

上記のとおり、療養の必要を認めたことを証明します。

年 月 日

滋賀県立長浜農業高等学校長 様

医療機関名

医師氏名

印