

校 長	副校長	教頭	教務主任	保健主事	年次主任	担 任

学校における感染症罹患に関する証明書

山梨県立ひばりが丘高等学校長 殿

生徒氏名 _____ 年 組 番 氏名 _____
(生年月日 平成 年 月 日生)

病 名 _____

感染防止のため、出席停止を要すると思われる期間

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで (日間)

上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名 _____