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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿