

り患証明書

滋賀県立日野高等学校長 様

年 組 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

病 名 (○で囲んで下さい)

A型インフルエンザ

B型インフルエンザ

百日咳

麻疹

水痘

流行性耳下腺炎

風疹

結核

その他 ()

(発症日) 年 月 日 曜日より

(療養期間) 年 月 日 曜日まで

約 日間の安静・加療の必要を認める。

年 月 日

医師

印