

学校感染症証明書

和歌山県立和歌山盲学校

(幼・小・中・高・本保・専保・専理) _____ 年

氏名 (_____)

病 名 : _____

_____ 年 月 日 初 診

学校感染症のため、 月 日より 月 日まで、
出席停止を必要としたことを認めます。

年 月 日

医療機関名 :

医療機関住所 :

医 師 名 : 印