医療機関から証明を受けてください。

医療機関の証明書（学校感染症用）

同志社高等学校

生徒氏名［　　］

生年月日［西暦　　年　　月　　日生］

上記の生徒を「学校において予防すべき感染症」と診断しましたので、報告します。

<u>診断名</u>

［　　］（インフルエンザの場合 Ａ型・Ｂ型・型不明）

<u>安静加療を必要とした期間</u>

２０　　年　　月　　日［　　曜日］から

月　　日［　　曜日］まで

医療機関名：

住所：

医師名：　　印

２０　　年　　月　　日

＊「学校感染症にともなう保護者からの連絡」とともに、担任へ提出してください。
（担任は確認後、保健部へ提出）