

◎感染症による「出席停止」の場合

学校において予防すべき感染症についての診断証明書

山口県立岩国高等学校坂上分校 (TEL : 0827-96-0059)

年 組 番 氏名

保護者氏名

診断名

- ・インフルエンザ ( ) 型) ・マイコプラズマ感染症
- ・溶連菌感染症 ・水痘 ・麻疹 ・風疹
- ・流行性耳下腺炎 ・流行性角結膜炎
- ・その他 ( )

自 年 月 日

出席停止必要期間

( 日間)

至 年 月 日

上記のとおり、学校において予防すべき感染症に罹患し、出席停止措置を要する事を証明します。

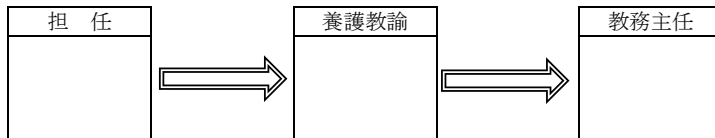
年 月 日

医師名

..... 切 り 取 り 線 .....

◎感染症による出席停止ではない場合

(定期考査中の欠席時などに使用)



診 断 証 明 書

山口県立岩国高等学校坂上分校 (TEL : 0827-96-0059)

年 組 番 氏名

保護者氏名 印

診断名

自 年 月 日

休養期間

( 日間)

至 年 月 日

上記のとおり、証明します。

年 月 日

医師名

印