

校長	教頭	教務主任	保健主事	年次主任	担任

令和 年 月 日

## 学校感染症届

山梨県立甲府西高等学校長 殿

\_\_\_\_\_年次\_\_\_\_\_組\_\_\_\_\_番 生徒氏名\_\_\_\_\_

保護者氏名\_\_\_\_\_印

次のとおり学校感染症により学校への出席ができませんでしたので報告します

※保健主事は本書の写しを教務主任に送付すること

## 証明書

診 断 名 \_\_\_\_\_

初 診 日 平成 年 月 日 ( )

出席停止期間

感染症予防上、学校への出席停止が必要な期間

月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

( )日間

上記の通り証明します

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印