

# 学校感染症証明書

近畿大学泉州高等学校  
〒596-0105  
大阪府岸和田市内畑町 3558  
TEL 072-479-1231

住所

年 組 名前

平成 年 月 日生 才

病名

学校感染症のため、年 月 日より 年 月 日まで

加療を要したことを認める。

上記の通り診断いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

担当医師名

印