

学校感染症証明書

近畿大学泉州高等学校

〒596-0105

岸和田市内畑町 3558

TEL : 072-479-1231

住所 _____

_____ 年 組 名前
_____ 平 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