

筑紫台高等学校長殿

感染症証明書類

年 組 番 氏名

保護者氏名

印

出席停止期間：自令和 年 月 日 至令和 年 月 日

上記の期間について医師より自宅療養の必要を認められました。

※ 医療機関記入欄については、別途に文書料がかかる場合があります。

その際は、保護者で負担をお願いします。

以下は医療機関で記入してもらってください。

病名 ※ ○をつけてください

() 新型コロナウイルス

() インフルエンザ

() その他の感染症 (病名：)

診察日 令和 年 月 日

感染が認められる日 (上記と違う場合)

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名