

証明書(学校感染症用)

氏名 _____

奈良県立奈良北高等学校 _____年 _____組 _____番

感染症の種類

| |
|--|
| |
|--|

* 意見欄

登校(出席)停止

その他

* 期間

自 令和 _____年 _____月 _____日 ~ 至 令和 _____年 _____月 _____日

令和 _____年 _____月 _____日

医療機関住所

医 師 名

印