

※ 医療機関様へ

下記の証明にご記入いただき、3項目のうち  
該当する□にチェックを入れていただくよう、  
お願い申し上げます。

担任→	教務課→	保健室

# 罹 患 証 明 書

滋賀県立瀬田工業高等学校（全日制）

年 組 番 名前

---

(傷病名)

---

上記の疾患より

年 月 日より 年 月 日まで

- 療養を要するものとする
- 出席停止を要するものとする  
(学校保健安全法施行規則第18条および第19条により感染症の予防のため)
- 体育・学校行事の配慮を要するものとする

【注意事項等】

上記の通り証明いたします。

年 月 日

医療機関名  
(所在地)

医 師 名 印

---