

(様式1)

校長	教頭	教務主任	保健主事	学年主任	担任

(捺印後は保健室の養護教諭に提出)

## 学校において予防すべき感染症届

山梨県立市川高等学校長 殿

学年 組 番 氏名

### 証 明 書

\* 診断名 第 種 ( )

\* 初診日 平成 年 月 日 ( )

\* 出席停止

感染症予防上、学校への出席停止が必要な期間  
[ ]日間  
月 日 ( ) ~ 月 日 ( )  
なお、登校は 月 日より可能です

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印