

証明書

大阪府立桜宮高等学校

年 組 番 名前

病名	※ 該当する番号に○をつけてください。 その他の場合は詳細を記入してください。 1 インフルエンザ(型) 2 新型コロナウイルス感染症 3 風疹 4 水痘 5 麻疹 6 流行性耳下腺炎 7 百日咳 8 咽頭結膜熱 9 流行性角結膜炎 10 その他 ()
受診日	年 月 日
出席停止を要する期間	※ 学校感染症の場合のみ記載してください 年 月 日 から 年 月 日 まで
学校への連絡等	

※医師の診察を受けたことがわかる書類(領収書・投薬説明書等)を添付してください。

上記の通り医師から指示を受けました。

年 月 日

保護者名

保健室	教務部