

○ 感染症の時は、下の用紙を利用して下さい。そのままコピーし、使用できます。

証 明 書

滋賀県立大津清陵高等学校（昼間部）

組 氏名

上記の者は、下記病名で加療いたしました。次の通り証明いたします。

記

1 病名

2 出席停止にすべき期間

西暦20 年 月 日から 西暦20 年 月 日まで

その他

西暦20 年 月 日

医療機関名

医師氏名