

感染症罹患証明書

(インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症を除く感染症)

広島大学附属福山中・高等学校長 様

_____年_____組_____番 生徒名_____

【以下、医療機関記入】

病名_____

上記の感染症のため、 _____月_____日から_____月_____日まで自宅療養が
必要と認めます。

_____年_____月_____日

医療機関名

(医師名) _____印