

# 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