

主 治 医 様

聖カピタニオ女子高等学校

学校感染症治癒証明書の記入について（依頼）

学校保健安全法に定められた学校感染症に罹患した本校生徒について、診断内容、出席停止期間等を、下記にご記入くださいますようお願い申し上げます。

学校感染症治癒証明書

聖カピタニオ女子高等学校

氏名 _____

診 断 名 _____

出席停止期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____