

| | | | |
|-----|------|------|--------|
| 分校長 | 教務課長 | 養護教諭 | H R 担任 |
| | | | |

(上記欄は学校側で使用いたします。)

証明書

愛媛県立今治西高等学校（伯方分校）

第 学年 組 番 氏名 _____

診断名 _____

期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

- ※ 治療及び療養を要する期間
- ※ 学校保健安全法施行規則第18条で「学校において予防すべき感染症」と規定されている感染症については、感染のおそれがないと認められる期間

注意事項等 _____

令和 年 月 日

病院

医師名 _____ ㊞