

ご担当医様

学校感染症罹患証明書記入について（ご依頼）

「学校において予防すべき感染症」に罹患しました本校学生につきまして、下記証明書に疾患名、出席停止期間等をご記入くださいますようお願い申し上げます。

BEAUTY ARTS KOBE  
日本高等美容専門学校  
TEL 078-851-7875

学校感染症罹患証明書

生徒氏名	_____
保護者氏名	_____ 印

保護者記入欄

上記生徒を「学校において予防すべき感染症」と診断し、診断日及び出席停止期間が下記であることを証明します。

疾患名	_____
診断日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
出席停止期間	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
医療機関名	_____
医師名	_____ 印

医師記入欄