

主治医 様

東京都立大森高等学校 全日制課程

学校において予防すべき感染症「加療証明書」の記入のお願い

学校において予防すべき感染症に罹患した場合は、学校保健安全法において出席停止の措置を行います。恐れ入りますが、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

## 加 療 証 明 書

東京都立大森高等学校長 殿

年 組 氏名

上記のものは、当医療機関において治療を受けました。

1 診 断 名 \_\_\_\_\_

2 加 療 日 令和 年 月 日( )～令和 年 月 日( )

3 出席停止期間 令和 年 月 日( )～令和 年 月 日( )

4 特 記 事 項 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

医療機関住所  
名 称  
医 師 名

印

担任はコピーを保健室へ提出。原本は「出席停止届」に添付して、教務部へ提出。