

主治医殿

十文字中学・高等学校

校長 横尾 康治

中・高 学年 組 氏名

平成 年 月 日生

上記の者が貴医にて、インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症と認められましたら、その時点で証明をお願いいたします。

証 明 書

年 組 番 氏名

病 名 インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症

発 症 年 月 日

年 月 日

医療機関

医師氏名 印

※解熱の日付は、ご家庭でご記入ください。

解 熱 年 月 日 (登校日 年 月 日)

備 考 発症後 5 日 かつ解熱後 2 日(インフルエンザ)または  
1 日 (コロナウイルス感染症) 経過した時点で登校可能  
(発症日を 0 日とする。)