

学校感染症治癒証明書

1. 学年 学籍番号： _____ 氏名： _____

上記の者は、下記の感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

2. 疾患名（該当欄にレ点をご記入ください）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎
<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水痘
<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

3. 出席停止期間

上記疾患により、下記の期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・住所

医師名

印