

# 証 明 書

第 学年 組 氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者、令和 年 月 日 下記のとおり診断したことを証明いたします。

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1 インフルエンザ     | 9 流行性角結膜炎    |
| 2 百日咳         | 10 急性出血性結膜炎  |
| 3 麻疹（はしか）     | 11 伝染性紅斑     |
| 4 流行性耳下腺炎     | 12 溶連菌感染症    |
| 5 風疹          | 13 手足口病      |
| 6 水痘          | 14 マイコプラズマ肺炎 |
| 7 咽頭結膜熱       | 15 その他（ ）    |
| 8 腸管出血性大腸菌感染症 |              |

※ ○印はかかった病気です。

※ これらの病気は、医師が登校可能と証明するまで出席停止となります。

上記の者、令和 年 月 日より登校して差し支えないことを証明いたします。

令和 年 月 日

主治医 印

市立 学校長 様

\*連絡事項や、注意事項がありましたら記入してください。