

受 診 証 明 書

年 組 名前

この児童生徒等は下記のとおり、受診したことを証明します。

記

- 1 受診日 平成 年 月 日
- 2 診療所名
() 津市休日応急・夜間こども応急クリニック
() 津市久居休日応急診療所
- 3 診断名 (学校において予防すべき感染症)

・インフルエンザ	・水痘	・流行性耳下腺炎	・麻疹
・風しん	・咽頭結膜熱	・流行性結膜炎	・百日咳
・その他の感染症 ()			

※ 該当する疾患に○をつけてください。

津市立 学校長 様
幼稚園長 様

年 月 日

医師名 印