

学校感染症による出席停止証明書

Certificate for Suspension of Attendance due to School Infectious Disease

園・校名 Name of school _____

年 Grade 組 Class 名前 Name _____

上記の園児・児童・生徒は、下記のため _____ 月 _____ 日より
_____ 月 _____ 日まで _____ 日間出席停止を要したものと認めます。

This is to certify that the student whose name appears above is not allowed to attend school for ●days from MM/DD to MM/DD.

病名は以下のとおりです。(○がつけてあります)

Diagnosed disease is as follows (the one circled).

インフルエンザ (型)

Influenza(A・B)

風疹 ・ 麻疹 ・ 水痘 ・ 流行性耳下腺炎

Rubella Measles Chickenpox Mumps

咽頭結膜熱 ・ 百日咳

Pharyngoconjunctival Fever Pertussis/ Whooping cough

その他の感染症 ()

Other Infectious Disease

年 月 日

(Date(yyyy/mm/dd))

病院名

Name of medical institution

医師名 _____



Name and seal of physician