学校感染症による出席停止証明書

園・校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　組　　名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

病名は以下のとおりです。(○がつけてあります)

インフルエンザ（　　型）

風疹　・　麻疹　・　水痘　・　流行性耳下腺炎

咽頭結膜熱　・　百日咳

その他の感染症（　　）

平成　　年　　月　　日

病院名

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞