

# 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

⑩