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　　・麻しん
・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

平成　　年　　月　　日

医師名　　印