

# 学校感染症 治療 証明書

(出席停止証明書)

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 名前\_\_\_\_\_

標記児童は、下記の疾病のため

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日から \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで

療養し、登校が可能になったことを証明します。

インフルエンザ( \_\_\_\_型) ・ 流行性耳下腺炎 ・ 水痘  
溶連菌感染症 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 咽頭結膜熱  
その他( \_\_\_\_\_ )

該当する疾病に 印

津市立西が丘小学校 様

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_医師名 \_\_\_\_\_印

# 学校感染症 治療 証明書

(出席停止証明書)

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 名前\_\_\_\_\_

標記児童は、下記の疾病のため

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日から \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで

療養し、登校が可能になったことを証明します。

インフルエンザ( \_\_\_\_型) ・ 流行性耳下腺炎 ・ 水痘  
溶連菌感染症 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 咽頭結膜熱  
その他( \_\_\_\_\_ )

該当する疾病に 印

津市立西が丘小学校 様

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_医師名 \_\_\_\_\_印