

出席停止治癒証明書

樟蔭中学校・高等学校 年 組 番 名前

生年月日 年 月 日生 (歳)

病名 (該当疾患に○印をつけてください)

(第一種) エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、
マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、
重症急性呼吸器症候群 (SARS コロナウイルスに限る)、
鳥インフルエンザ (H5N1)

(第二種) インフルエンザ (鳥インフルエンザ (H5N1) を除く)、百日咳、麻疹、
流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎

(第三種) コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、
流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎

(その他) 感染性胃腸炎、マイコプラズマ感染症、溶連菌感染症、伝染性紅斑、
手足口病
その他 ()

出席停止期間 自 月 日 ~ 至 月 日

上記疾病の治癒したことを証明します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師氏名

⑩

担任印		教頭印	
-----	--	-----	--