

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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所

医療機関名

医師氏名 _____ (印)

担任印		教頭印	
-----	--	-----	--