

# 証 明 書

第 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 組 氏 名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日下記のとおり診断したことを証明いたします。

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1 百日咳         | 8 流行性角結膜炎       |
| 2 麻疹（はしか）     | 9 急性出血性結膜炎      |
| 3 流行性耳下腺炎     | 10 伝染性紅斑        |
| 4 風疹          | 11 溶連菌感染症       |
| 5 水痘          | 12 手足口病         |
| 6 咽頭結膜熱       | 13 マイコプラズマ肺炎    |
| 7 腸管出血性大腸菌感染症 | 14 その他（ _____ ） |

※ ○印はかかった病気です。

※ これらの病気は、医師が登校可能と証明するまで出席停止となります。

上記の者、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登校して差し支えないことを証明いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

主治医

印

新座市立第四小学校長 様

※ 連絡事項や、注意事項がありましたら記入してください。