

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いたしましたことを証明致します。

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1 インフルエンザ | 9 咽頭結膜炎 |
| 2 百日咳 | 10 流行性核結膜炎 |
| 3 麻疹 (はしか) | 11 流行性出血性結膜炎 |
| 4 風疹 | 12 伝染性紅斑 |
| 5 水痘 (水ぼうそう) | 13 溶連菌感染症 |
| 6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 14 手足口病 |
| 7 急性灰白髄炎 | 15 マイコプラズマ肺炎 |
| 8 ウイルス性肝炎 | 16 その他 |

※かかった病気に○印をつけてください

※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です。

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)

新座市立東野小学校長様

※連絡事項や注意事項がありましたら記入して下さい。