

# 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

新座市立東北小学校長 様

※ 連絡事項や、注意事項がありましたらご記入してください。