

証 明 書

第 学年 組 番 生徒氏名 _____
保護者氏名 _____

上記の者、平成 年 月 日 下記の通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)

新座市立第二中学校 学校長 様

※連絡事項や注意事項がありましたら、ご記入をお願いいたします。