

# 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 ㊟

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。