

証明書

(医療機関記入)

第 学年 組 氏名 _____

保護者氏名 _____

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

※ ○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、令和 年 月 日より登校して差し支えないことを証明します。

令和 年 月 日

主治医 _____ 印

新座市立第六中学校長 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。