

感染症治療証明書

令和 年 月 日

大府市立 学校長殿

医療機関名
医 師 名

年 組	児童・生徒名
-----	--------

この児童・生徒は、治療が完了したので、登校しても予防上の支障や他の児童・生徒への感染のおそれのないことを証明します。

出席停止期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

*出席停止開始日が、特定できない場合は、空欄でも可

＜感染症名＞ ＊ 該当の病名を○で囲んでください。

麻 疹	流行性耳下腺炎	風 疹
水 痘	咽頭結膜熱	
その他の感染症		
〔 〕		