

感染症治療証明書

令和 年 月 日

大府市立東山小学校長殿

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。 | | |
| インフルエンザ (A ・ B) | 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 () | | |