

感染症治療証明書

令和 年 月 日

大府市立大府西中学校長殿

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

麻疹

流行性耳下腺炎

~~(A B)~~

風 疹

水 痘

咽頭結膜熱

その他の感染症

()