

[清須市立学校用]

感染症治ゆ証明書

学校名 清須市立星の宮小学校

年 組

氏 名

上記の者がり患した感染症は、治ゆ又は軽快したので、登校して支障のないことを証明します。

出席停止期間 令和 年 月 日 () から

令和 年 月 日 () まで

感染症名（次の病名の□欄に「レ」を記してください。）

☐風疹

☐麻疹

□水痘

□流行性耳下腺炎

☐ 伝染性紅斑

□流行性角結膜炎

□咽頭結膜熱

口手足口病

□溶連菌感染症

□その他（ ）

令和 年 月 日

医師氏名 印

※ 医師から証明を受けましたら、お子様が通学する学校の担任教諭まで提出してください。