［清須市立学校用］

感染症治ゆ証明書

学校名　清須市立清洲東小学校

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

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　□手足口病　□溶連菌感染症

□その他（　）

令和　年　月　日

医師氏名　㊞

※　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。