［清須市立学校用］

学校感染症治ゆ証明書

学校名　　清須市立清洲中学校

　　年　　組

氏名

　上記の者がり患した学校感染症は、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

学校感染症名（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　　□手足口病

□咽頭結膜熱　　□流行性角結膜炎　　□溶連菌感染症

□その他（　　）

令和　　年　　月　　日

医療機関名

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。