

[清須市立学校用]

感染症治ゆ証明書

学校名 清須市立新川中学校

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 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

口水痘

□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（ ）

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。