

感染症治療証明書

平成 年 月 日

大府市立

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	平成 年 月 日	～	平成 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 (A ・ B)	麻疹	流行性耳下腺炎
風疹	水痘	咽頭結膜熱
その他の感染症		