

# 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                      麻 疹                      流行性耳下腺炎  
( A ・ B )

風 疹                                      水 痘                      咽頭結膜熱

その他の感染症

{

}