

# 証 明 書

第 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 氏名

---

保護者氏名

---

上記の者、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 下記のとおり診断したことを証明いたします。

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1 インフルエンザ     | 9 流行性角結膜炎       |
| 2 百日咳         | 10 急性出血性結膜炎     |
| 3 麻疹（はしか）     | 11 伝染性紅斑        |
| 4 流行性耳下腺炎     | 12 溶蓮菌感染症       |
| 5 風疹          | 13 手足口病         |
| 6 水痘          | 14 マイコプラズマ肺炎    |
| 7 咽頭結膜熱       | 15 感染性胃腸炎       |
| 8 腸管出血性大腸菌感染症 | 16 その他（ _____ ） |

※ ○印はかかった病気です。

※ これらの病気は、医師が登校可能と証明するまで出席停止となります。

上記の者、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 より登校して差し支えないことを証明いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

主治医

印

志木市立志木小学校長 様

※連絡事項や、注意事項がありましたら記入してください。