

# 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。

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| <del>1 インフルエンザ</del> | 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 溶連菌感染症    |
| 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 その他（ ）    |
| 8 腸管出血性大腸菌感染症        |              |

※ ○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

朝霞市立朝霞第八小学校長 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。