

出席停止証明書

_____ 学校

_____ 年 _____ 組

_____ 氏 名 _____

上記の者は、下記の学校感染症のため

自 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
至 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日間の休養を必要と認めます。

	病 名	該 当 病 名
1	インフルエンザ様疾患	
2	百日咳	
3	麻疹	
4	風疹	
5	流行性耳下腺炎	
6	水痘	
7	咽頭結膜熱	
8	感染性胃腸炎	
9	手足口病	
10	伝染性紅斑	
11	溶連菌感染症	
12	その他	

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師 名 _____

印