

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~~

2 百日咳

3 麻疹（はしか）

4 風疹

5 水痘

6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

7 急性灰白髄炎

8 ウィルス性肝炎

9 咽頭結膜熱

10 流行性角結膜炎

11 流行性出血性結膜炎

12 伝染性紅斑（りんご病）

13 溶連菌感染症

14 手足口病

15 マイコプラズマ肺炎

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です。

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

朝霞市立朝霞第一中学校長様

※ 連絡事項や、注意事項がありましたら記入してください。