

証 明 書

第 _____ 学年 _____ 組 _____ 氏名 _____

保護者氏名 _____

上記の者、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日下記のように診断いたしましたことを証明いたします。

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 感染性胃腸炎 | 9. 咽頭結膜熱 |
| 2. 百日咳 | 10. 流行性角結膜炎 |
| 3. 麻疹（はしか） | 11. 急性出血性結膜炎 |
| 4. 風疹 | 12. 伝染性紅斑（りんご病） |
| 5. 水痘（みずぼうそう） | 13. 溶連菌感染症 |
| 6. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 14. 手足口病 |
| 7. 急性灰白髄炎 | 15. マイコプラズマ肺炎 |
| 8. ウイルス性肝炎 | 16. その他（ _____ ） |

※かかった病気に○印をつけてください。

※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。

主治医

印

志木市立志木第三小学校長様

※連絡事項や注意事項がありましたら記入して下さい。

.....

.....

.....

.....

