

# 証明書（学校伝染病用）

主治医殿

プール学院中学校 高等学校  
校長 内海 伸晃

学校伝染病罹患者については出席停止の措置をとりますので、お手数ですが下記に必要事項をご記入の上、本校生徒にお渡し下さいますようお願い致します。

中・高 年 組 番 患者氏名

\*病名（該当するものに○をつける）

インフルエンザ ・ 風疹 ・ 水痘 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 麻疹

流行性角結膜炎 ・ 急性出血性結膜炎

その他の伝染病（ ）

\*期間； 年 月 日から 年 月 日まで

加療を要した主要症状が消退し、感染の恐がないものと認めます。

年 月 日

医療機関名

住所

TEL

医師氏名

印