証明書（学校感染症用）

主治医殿

プール学院中学校高等学校
校長　吉田　　幸一

学校感染症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、感染の恐れ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