

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 安福 朗

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

その他の感染症（ ）

*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