

# 証 明 書

第 学年 組 氏名

---

保護者氏名

---

上記の者、平成 年 月 日 下記の通り診断したことを証明いたします。

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1 インフルエンザ     | 9 流行性角結膜炎     |
| 2 百日咳         | 10 急性出血性結膜炎   |
| 3 麻疹（はしか）     | 11 伝染性紅斑      |
| 4 流行性耳下腺炎     | 12 溶連菌感染症     |
| 5 風疹          | 13 手足口病       |
| 6 水痘          | 14 マイコプラズマ肺炎  |
| 7 咽頭結膜炎       | 15 その他<br>( ) |
| 8 腸管出血性大腸菌感染症 |               |

※ ○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となります。

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

朝霞市立朝霞第七小学校 学校長 様

※ 連絡事項や、注意事項がありましたら下記に記入して下さい。