

担 当 医 殿

錦 城 高 等 学 校
校 長 松 林 博 之

証 明 依 頼 書

学校における感染症の蔓延を予防するため、学校保健安全法の基準により
感染症罹患生徒の登校について証明していただきますようお願い致します。

キ リ ト リ セ ン

治 療 証 明 書

錦 城 高 等 学 校
学 校 長 殿

第 _____ 学 年 _____ 組 _____ 番 _____ 氏 名 _____

1、診断名（下記の該当する病名を○で囲んでください）

- ・インフルエンザ
- ・麻疹
- ・風疹
- ・水痘
- ・百日咳
- ・流行性耳下腺炎
- ・流行性角結膜炎
- ・咽頭結膜炎
- ・ノロウィルス
- ・マイコプラズマ肺炎
- ・溶連菌感染症
- ・腸管出血性大腸菌感染症
- ・髄膜炎菌性髄膜炎
- ・結核

2、出校停止期間

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

住 所

医師名

印