

感 染 症 治 療 証 明 書

平成 年 月 日

大府市立大東小学校長 殿

医療機関名

医 師 名 _____

年 組	児 童 名
-----	-------

この児童は、治療が完了したので、登校しても予防上の支障や他の児童への感染のおそれのないことを証明します。

出席停止期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

*出席停止開始日が、特定できない場合は、空欄でも可。

【感染症名】 ※ 該当の病名を○で囲んでください。

インフルエンザ
(A ・ B)

麻 疹

流行性耳下腺炎

風 疹

水 痘

咽頭結膜炎

その他の感染症 ()