

(医師→学校)

児童生徒感染症疾患出席停止証明書

_____学年_____組・氏名_____

病 名 _____

上記の疾病により _____ 月 _____ 日から出席停止を要することを証明します。

南知多町立日間賀中学校長殿

医師名 _____ (印)

(参 考)

第二種の伝染病

インフルエンザ，百日咳，麻疹，流行性耳下腺炎，風疹，水痘，咽頭結膜熱，結核，髄膜炎菌性髄膜炎

第三種の伝染病

腸管出血性大腸菌感染症，流行性角結膜炎，急性出血性結膜炎，その他の感染症

(医師→学校)

児童生徒感染症疾患出席許可証明書

_____学年_____組・氏名_____

病 名 _____

上記の疾病に治癒したので _____ 月 _____ 日から出席を認めます。

南知多町立日間賀中学校長殿

医師名 _____ (印)

(参 考)

第二種の伝染病

インフルエンザ，百日咳，麻疹，流行性耳下腺炎，風疹，水痘，咽頭結膜熱，結核，髄膜炎菌性髄膜炎

第三種の伝染病

腸管出血性大腸菌感染症，流行性角結膜炎，急性出血性結膜炎，その他の感染症