感 染 症 治 療 証 明 書

令和　　　年　　　月　　　日

大府市立共和西小学校長殿

医療機関名

医　師　名

年　　　組	児童・生徒名

この児童・生徒は、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・生徒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	令和　　年　　月　　日 ～　令和　　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	咽頭結膜熱

その他の感染症

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）