

治癒証明書

出席停止した児童名 ()

出席停止した理由 ()

期 間 年 月 日より

年 月 日まで

上記の病気が治療したことを証明します。

年 月 日

住 所 _____

医 師 名 _____

■備考

下記病名の際は、医師の診断書を添付してください。

第2種学校伝染病（結核を除く）：

- ・百日咳
- ・麻疹
- ・流行性耳下腺炎（おたふく風邪）
- ・風疹
- ・水ぼうそう
- ・咽頭結膜熱（プール熱）