

校長	教頭	教務	保健主事	養護教諭	学年主任	担任

※出席簿と共に5年間保管

証 明 書

年 組 番

生徒氏名 _____

標記の者は、下記に記載する学校感染症に該当しますので、

平成 年 月 日より平成 年 月 日までの間

出席停止の必要を認めたことを証明します。

病名（下記の病名欄の番号に○印を附記したもの）

学校感染症 第二種	学校感染症 第三種
1. インフルエンザ 2. 百日咳 3. 麻疹 4. 流行性耳下腺炎 5. 風疹 6. 水痘 7. 咽頭結膜熱及び結核	1. コレラ 2. 細菌性赤痢 3. 腸管出血性大腸菌感染症 4. 腸チフス 5. パラチフス 6. 流行性角結膜炎 7. 急性出血性結膜炎 8. その他の感染症 ()

滋賀県立米原高等学校長 様

平成 年 月 日

医療機関名

(医師 氏名) _____ 印