

感染症証明書

年 組 番

生徒名 _____

上記の者は、下記に記載する学校感染症に該当しますので、

_____年 月 日より _____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。

記

学校感染症 第二種	学校感染症 第三種
1. 百日咳	1. 腸管出血性大腸菌感染症
2. 麻疹	2. 流行性角結膜炎
3. 流行性耳下腺炎	3. 急性出血性結膜炎
4. 風疹	4. 溶連菌感染症
5. 水痘	5. 手足口病
6. 咽頭結膜熱	6. 伝染性紅斑
7. 結核	7. その他の感染症
8. 脳髄膜炎菌性髄膜炎	()

(病名の番号に○印をつけてください。)

滋賀県立米原高等学校長 宛

年 月 日

医療機関名

(医師名) _____ 印