

治癒証明書

医師記入

組 氏名

【感染症の種類】※該当疾患に○をお願いします。

- ・ 麻疹（はしか）
- ・ インフルエンザ
- ・ 風疹
- ・ 水痘（水ぼうそう）
- ・ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
- ・ 結核
- ・ 咽頭結膜炎（プール熱）
- ・ 流行性角結膜炎
- ・ 百日咳
- ・ 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）
- ・ 急性出血性結膜炎
- ・ 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

【出席停止期間】

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

上記の感染症が治癒したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

治癒証明書

医師記入

組 氏名

【感染症の種類】※該当疾患に○をお願いします。

- ・ 麻疹（はしか）
- ・ インフルエンザ
- ・ 風疹
- ・ 水痘（水ぼうそう）
- ・ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
- ・ 結核
- ・ 咽頭結膜炎（プール熱）
- ・ 流行性角結膜炎
- ・ 百日咳
- ・ 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）
- ・ 急性出血性結膜炎
- ・ 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

【出席停止期間】

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

上記の感染症が治癒したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名