

# 証 明 書

1. 氏 名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 組 番 )

2. 学校感染症の種類 (該当するものに○印を付けてください)

インフルエンザ ( A ・ B )

流行性耳下腺炎

風しん

水痘

咽頭結膜熱

流行性角結膜炎

その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 出席停止を指示する期間

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) から

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) まで

上記の学校感染症にて出席停止となっておりますが、他に感染のおそれがなくなりましたので、 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登校可能と認めます。

群馬県立前橋東高等学校長 様

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_ 印