

治癒証明書 (医師が記載して下さい)

治 癒 証 明 書

出席停止した園児名： _____

病 名： _____

出席停止した期間： _____ 年 月 日から

_____ 年 月 日まで

上記の病気が治癒したことを証明します。

年 ____ 月 ____ 日

医療機関名： _____

医 師 名： _____

◆ 備 考

下記の病名の場合は、医師の診断書を添付して下さい。

第2種学校伝染病（結核を除く）

- ・ インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）
- ・ 百日咳
- ・ 麻疹
- ・ 流行性耳下腺炎（おたふく風邪）
- ・ 風疹
- ・ 水疱瘡
- ・ 咽頭結膜熱（プール熱）（アデノウイルス感染症）