

治 療 証 明 書

学習院女子 等科 年 組 番 氏名

保護者氏名

<病 名> ※該当する感染症に○印をつけてください。

- | | | | |
|---|-----------------|----|-----------|
| 1 | インフルエンザ | 7 | 咽頭結膜熱 |
| 2 | 百日咳 | 8 | 結核 |
| 3 | 麻疹（はしか） | 9 | 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 4 | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 10 | マイコプラズマ肺炎 |
| 5 | 風疹（三日はしか） | 11 | その他 |
| 6 | 水痘（水ぼうそう） | | () |

上記の者、頭書の学校感染症が治癒したことを証明いたします。

出席停止期間 発病年月日 : 西暦 年 月 日 ()
治癒年月日 : 西暦 年 月 日 ()

_____月 _____日から登校可能です。

西暦

年 月 日

主治医

印

住所

電話番号

教務課	生徒課	主管	保健室