

令和 年 月 日

主治医 様

大阪府立淀川工科高等学校長 駒井 知一

ご多用のところ恐縮ですが、本校生徒の疾病について出席停止の取扱いに必要なため、下記にご証明をいただきたくお願い申し上げます。

.....系.....年.....組.....番.....名前.....

(名前等は各自記入し、医師の証明をいただく。学校への提出は、医師の登校許可を得てから担任へ)

学 校 感 染 症 罹 患 証 明 書

< 主な学校感染症 >

第一種感染症 (病名)

第二種感染症 1. インフルエンザ (A 型 ・ B 型)

2. 百日咳

3. 麻疹

4. 流行性耳下腺炎

5. 風しん

6. 水痘

7. 咽頭結膜熱

8. 結核

第三種感染症 1. 腸管出血性大腸菌感染症

2. 流行性角結膜炎

3. 急性出血性結膜炎

4. その他()

< 登校してはいけない期間 >

令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()

< 備 考 >

令和 年 月 日

※担任記入欄 (確認記入後保健室へ)

出席簿出席停止期間

月 日 ~ 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

㊞