

# 出席停止証明書

四国中央市立 \_\_\_\_\_ 学校

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

上記の者は、下記の学校感染症のため

自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 日間の休養を必要と認めます

学校において予防すべき感染症		該当感染症(○印)
第二種	百日咳	
	麻疹	
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	
	風しん	
	水痘 (みずぼうそう)	
	咽頭結膜熱	
	結核	
	髄膜炎菌性髄膜炎	
第三種	流行性角結膜炎	
	急性出血性結膜炎	
その他の感染症	感染性胃腸炎	
	マイコプラズマ感染症	
	溶連菌感染症	
	伝染性紅斑 (りんご病)	
	手足口病	
	その他	

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

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_