

治癒証明書

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