

(様式1)

## 証明書

智辯学園中学校高等学校長 殿

生徒氏名 \_\_\_\_\_

【病名】※該当する感染症の ( ) に○をつけてください。

麻疹 ( ) • 流行性耳下腺炎 ( ) • 百日咳 ( )

風疹 ( ) • 咽頭結膜熱 ( ) • 結核 ( )

水痘 ( ) • 髄膜炎菌性髄膜炎 ( )

インフルエンザ \_\_\_\_\_ 型 ( ) • 新型コロナウイルス感染症 ( )

その他の伝染病 [ 病名 ] ( )

【出席停止期間】

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印