

# 証明書

年組

氏名

平成 年 月 日生

病名（○でかこんでください。）

急性灰白髄炎・麻疹・風疹・水痘

流行性耳下腺炎・百日咳・インフルエンザ

咽頭結膜熱・マイコプラズマ感染症・手足口病

伝染性紅斑・流行性角結膜炎

その他伝染病（ ）

と証明いたします。

平成 年 月 日

医師名 印

智辯学園中学校 校長

辻 哲也 殿