

感染症による出席停止証明書

____年____組 氏名_____

【病 名】(番号に○を)

〔第1種〕 1. 第1種の感染症 (_____)

〔第2種〕 2. インフルエンザ (_____) 型 3. 百日咳 4. 麻しん
5. 流行性耳下腺炎 6. 風しん 7. 水痘 8. 咽頭結膜熱
9. 新型コロナウイルス感染症 10. 結核 11. 髄膜炎菌性髄膜炎

〔第3種〕 12. コレラ 13. 細菌性赤痢 14. 腸管出血性大腸菌感染症 15. 腸チフス
16. パラチフス 17. 流行性角結膜炎 18. 急性出血性結膜炎
19. その他の感染症 (_____)

上記の感染症のため、出席停止とした期間は以下のとおりです。

令和 ____年 ____月 ____日 ～ 令和 ____年 ____月 ____日

愛知県立常滑高等学校長 殿

令和 ____年 ____月 ____日

医 療 機 関 名 _____

保護者等氏名 (自署) _____

※医療機関で受診したことを証明するもの (レシート、領収書等) を添付してください。