

治 療 証 明 書

千葉県立松戸六実高等学校

年 組 番

生徒氏名 _____

上記の者、下記の疾患で加療中のところ、他への感染の恐れがなく、登校に支障がないことを証明します。

記

1 疾患名（疑い含む）

インフルエンザ（ ）・百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘

咽頭結膜熱・急性出血性結膜炎・流行性角結膜炎

感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）・溶連菌感染症・マイコプラズマ肺炎

その他の伝染病（ ）

2 登校停止期間（ 月 日から 月 日まで）

平成 年 月 日
令和

医療機関名 _____

医師名 _____ ⑩

※担任記入欄	出席停止期間	年	月	日～	年	月	日
--------	--------	---	---	----	---	---	---