

# 治 療 証 明 書

千葉県立袖ヶ浦高等学校

年 組 番 氏名

上記の者は、学校保健安全法施行規則第18条に定められる感染症のために、下記の期間治療し、治癒したこと（または、他に感染のおそれがないと考えられる状態になったこと）を証明する。

## 1 病名（該当するものに○をつけて下さい。その他の病名は空欄に記入して下さい。）

- インフルエンザ（\_\_\_\_\_型）
- 百日咳
- 麻疹
- 流行性耳下腺炎
- 風疹
- 水痘
- 結核
- 感染性胃腸炎
- 咽頭結膜熱
- 溶血連鎖球菌感染症
- 手足口病
- 伝染性紅斑
- マイコプラズマ感染症

その他（\_\_\_\_\_）

## 2 治療・療養にかかった期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

< 付記 >

医療機関名

令和 年 月 日

医師名

印