

文星芸術大学附属高等学校長・中学校長 様

治癒証明書

_____年 _____組 生徒氏名

1 疾患名：該当疾患にレ印をお願いします

<input type="checkbox"/>	麻疹
<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）
<input type="checkbox"/>	その他（ _____ ）

2 出席停止期間

_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

3 登校許可日

_____年 _____月 _____日から登校可

上記のとおり証明します。

_____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印