

主治医 様

お手数をおかけいたしますが、下記の証明書の記入をよろしくお願いいたします。

# 罹患証明書

熊本県立上天草高等学校

年 組 号 氏名

## 1 出席停止扱いに該当する感染症の場合

診断名

出席停止期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

その他の注意事項

学校において予防すべき感染症の種類（学校保健安全法）	
第1種	感染症予防法に規定する1類 2類感染症
第2種	インフルエンザ 百日咳 麻しん 流行性耳下腺炎 風しん 水痘 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎
第3種	コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の感染症

## 2 その他の傷病の場合

診断名

その他の注意事項

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印