

受診証明書

担当医 様

熊本県立熊本北高等学校長

年 組 号 氏名

上記の生徒につきまして証明をお願いします。

1 出席停止に係る感染症の場合

感染症名：

出席停止期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日まで

その他の指示事項：

| 学校において予防すべき感染症の種類 | |
|-------------------|---|
| 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 流行性耳下腺炎 麻疹 風疹 水痘 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 第3種 | 流行性結膜炎 急性出血性結膜炎 腸管出血性大腸菌感染症 その他の感染症（ ） |

2 その他の疾病の場合

病名：

その他の指示事項：

以上のことを証明します

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印