

主治医殿

沖縄県立真和志高等学校  
(公印省略)

この度、本校生徒より「感染症罹患」の届け出があり、学校保健安全法第19条で定めるところにより出席停止の措置を行いました。

お手数ですが、本疾患が軽快し感染のおそれがなくなったこと、また今回の出席停止期間について、下記にご記入いただき証明してくださいますようお願いいたします。

## 治癒証明書

下記疾患が軽快し、感染症予防上登校しても支障がないことを証明します。

氏名： \_\_\_\_\_ ( 年 組 番 )

### 感染症名

<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> 水痘
<input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 麻疹
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

出席停止期間      令和      年      月      日 ~      月      日

上記の感染症により出席停止が必要であったことを証明します。

令和      年      月      日

病院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印