

学校感染症による出席停止証明書（完治証明）

年 組 席 名前

上記の生徒は下記疾病のため、 月 日から 月 日まで療養をし、
完治したことを証明します。

| | | | |
|---------|-----------|----|---------|
| 風疹 | 水痘 | 麻疹 | 流行性耳下腺炎 |
| インフルエンザ | その他の疾病（ ） | | |

※ 該当の疾病に○をつけてください。

四日市メリノール学院中学校・高等学校長様

年 月 日

医師名
