主　治　医　様

愛知みずほ大学瑞穂高等学校長

学校感染症　罹患・治癒証明書について（依頼）

下記事項について、ご記入くださいますようお願い申し上げます。

学校感染症　罹患・治癒証明書

愛知みずほ大学瑞穂高等学校

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1.　インフルエンザ　（　　型　）		2.　百日咳
3.　麻しん	4.　流行性耳下腺炎	5.　風しん
6.　水　痘	7.　咽頭結膜熱	8.　結　核
9.　髄膜炎菌性髄膜炎		
10.　その他の感染症（　　）		

出席停止の期間	令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日まで

令和　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿