

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. 麻疹 | 4. 流行性耳下腺炎 |
| 5. 風疹 | 6. 水痘 |
| 7. 咽頭結膜熱 | 8. 新型コロナウイルス感染症 |
| 9. 結核 | 10. 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 11. 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 _____