

証明書

インフルエンザ A型・B型・他【
麻疹・流行性耳下腺炎・結核・風疹・水痘・咽頭結膜熱・百日咳（第2種）
流行性角結膜炎・急性出血性結膜炎・腸管出血性大腸菌感染症（第3種）
その他法定伝染病第1～3種に含まれるもの【
その他出席停止が必要と認められるもの【

*かかった病気に○印をつけてください。インフルエンザについては、A型かB型か、わかる範囲でお知らせください。

学校法人京都育英館
北海道栄高等学校長 殿

年 組 番 氏名

保護者氏名 印

※枠内は、医師または医療機関の方がご記入願います。

上記の者、 年 月 日 () 受診

年 月 日 () より、登校してさしつかえないことを証明する。

年 月 日

病院名
担当医師

印

* 連絡事項や注意事項がございましたらご記入願います。