

治 癒 証 明 書

東久留米市立小中学校長 殿

学校名・年・組	小・中 学校 年 組
児童生徒名	

上記の者は、下記○印の学校感染症のため 令和 年 月 日から治療中でしたが、学校保健安全法の基準により、感染のおそれがないと認めます。

病 名

1. 百日咳
2. 麻疹
3. 流行性耳下腺炎
4. 風疹
5. 水痘
6. 咽頭結膜熱
7. 結核
8. 髄膜炎菌性髄膜炎
9. 流行性角結膜炎
10. 急性出血性結膜炎
11. 腸管出血性大腸菌感染症
12. インフルエンザ（ A型 ・ B型 ）
13. その他の感染症（ ）

登校許可年月日	令和 年 月 日 より
---------	-------------

※6月から9月の期間、水泳について

参加許可年月日	令和 年 月 日 より
---------	-------------

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

