

学校感染症証明書

岸和田市医師会看護専門学校

() 期生 () 年 学籍番号 ()

氏名 _____

学校感染症の種類	インフルエンザ・百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎 風疹・水痘・咽頭結膜熱・結核・髄膜炎菌性髄膜炎 その他の感染症 ()
----------	--

出席停止期間

年 月 日 ~ 年 月 日

日間

登校許可日

年 月 日

上記のとおり証明します

年 月 日

医師氏名

印