

# 証明書

施設名 \_\_\_\_\_

児童 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

上記のもの令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 下記のとおり

診断したことを証明いたします。

※ ○は、かかった病気です。

- |   |         |    |           |
|---|---------|----|-----------|
| 1 | インフルエンザ | 9  | 流行性角結膜炎   |
| 2 | 百日咳     | 10 | 溶連菌感染症    |
| 3 | 麻疹      | 11 | 手足口病      |
| 4 | 風疹      | 12 | マイコプラズマ肺炎 |
| 5 | 水痘      | 13 | その他       |
| 6 | 帯状疱疹    | (  | )         |
| 7 | 流行性耳下腺炎 |    |           |
| 8 | 咽頭結膜熱   |    |           |

上記の者は、令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より通所して差し支えないことを証明いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関等の  
所在地

名称

医師名

印