

主治医 様

三重県立あけぼの学園高等学校

平素は、本校生徒の健康管理にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。  
本生徒は、学校感染症に罹患している恐れがあります。罹患している場合は、お手数  
ですが、以下の証明書にご記入いただきますようお願い申し上げます。

## 学校感染症証明書

年 組 席 名前

学校感染症名

インフルエンザ( 型)	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( )		

※該当する感染症名に○印をお願いします。

上記の者は、学校感染症により

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

出席停止が必要と認めます。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印