

出席停止証明書

明日香幼稚園園長殿

クラス _____ 氏名 _____

学校伝染病名

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 手足口病
<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（リンゴ病）
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症
<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎（プール熱）	<input type="checkbox"/> その他の伝染病

出席停止期間

_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日まで

出席停止期間であったことを証明します

_____年 _____月 _____日

医療機関名

医師名 _____ (印)

出席停止証明書

明日香幼稚園園長殿

クラス _____ 氏名 _____

学校伝染病名

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 手足口病
<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（リンゴ病）
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症
<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎（プール熱）	<input type="checkbox"/> その他の伝染病

出席停止期間

_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日まで

出席停止期間であったことを証明します

_____年 _____月 _____日

医療機関名

医師名 _____ (印)