

小郡三井医師会 主治医 殿

小郡市三井郡学校保健会

小郡市三井郡教育委員会

※学校名と児童（生徒）名等を記入の上、病院（医院）等へ持参してください。

_____ 学校 第 _____ 学年 _____ 組 児童（生徒）名： _____

下記の出席停止の証明をよろしくお願いいたします。

出席停止に関する証明書

1. 病 名

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
腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 感染性胃腸炎（ノロウイルス等）
その他の伝染病（ _____ ）

2. 出席停止を必要とする期間

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日（ _____ 日間）程度

3. 医療機関名

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印