

証明書

大阪府立藤井寺高等学校長様

年 組 番 氏名

上記の生徒は、下記の疾患で、令和 年 月 日から静養中でしたが、
主要症状が改善し、感染のおそれなくなったので、令和 年 月 日
からの登校を許可します。

<今回療養を要した疾患>

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ [型] | |
| <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> 麻疹 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 伝染性皮膚疾患 |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 病名 [] | |
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| <input type="checkbox"/> その他の伝染性疾患 病名 [] | |

令和 年 月 日

医療機関名

および医師名

⑩