

治癒証明書

フレンド幼稚園長殿

クラス名 _____ 組

園児氏名 _____

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生

上記の者は、下記○印の学校伝染病のため平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日から
治療中でしたが、学校保健安全法の基準により、伝染のおそれがないと認めます。

病 名

1. 百日咳
2. 麻疹
3. 流行性耳下腺炎
4. 風疹
5. 水痘
6. 咽頭結膜熱
7. 結核
8. 流行性角結膜炎
9. 急性出血性結膜炎
10. 腸管出血性大腸菌感染症
11. インフルエンザ
12. その他の伝染病()

登園許可年月日

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日より

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____ (印)