

治癒証明書

認定こども園フレンド幼稚園 園長殿

クラス名 _____

園児氏名 _____

生年月日 _____

上記の者は、下記 印の学校感染症のため、_____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、感染のおそれがないと認めます。

病名

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 風疹（3日ばしか） | <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 | <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 | <input type="checkbox"/> 陽管出血性大腸菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> その他の伝染病（.....） | | |

登園許可年月日 _____年 _____月 _____日より登園できます

記入日 _____年 _____月 _____日

医療機関名

医師名

㊞

※コピーしてご使用ください。