

証 明 書

鈴鹿市立桜島小学校 年 組

名 前 _____

上記の者 伝染病第(1・2・3)種 (番号 _____) にて

平成 年 月 日から 月 日までに罹患し加療中のところ、伝染のおそれ
なくなったので、登校してさしつかえないことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印 _____

学校において予防すべき伝染病	
第1種	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 コレラ 細菌性赤痢 ジフテリア 腸チフス パラチフス
第2種	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
第3種	腸管出血性大腸菌感染症 ²¹ 流行性角結膜炎 ²² 急性出血性結膜炎 ²³ その他の伝染病

* 医師へのお願い

お手数をかけますが、表を参考のうえ、上記に必要事項をご記入いただき該当者
又は保護者に持たせていただきますようお願いいたします。