

証 明 書

鈴鹿市立鼓ヶ浦小学校 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 年 月 日までに罹患し加療中のところ、伝染のおそれがなくなったので、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 痘そう 南米出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 ジフテリア 重症急性呼吸器症候群(コロナウイルス属SARSコロナウイルスに限る)
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	コレラ 細菌性赤痢 ²¹ 腸管出血性大腸菌感染症 ²² 腸チフス ²³ パラチフス ²⁴ 流行性角結膜炎 ²⁵ 急性出血性結膜炎 ²⁶ 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。