

(学校提出用)

No. \_\_\_\_\_

## 治 ゆ 証 明 書

学 校 名 茨城県立並木中等教育学校

生徒氏名 \_\_\_\_\_ ( 年 組 )

病 名

1. 水痘
2. 流行性耳下腺炎
3. 風しん
4. 麻しん
5. インフルエンザ
6. その他

発病年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

治ゆ年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

上記の疾病は、担当医より登校してもさしつかえないとの指示がありました。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

※受診を証明できるもの（薬袋・領収書等）を裏面に貼付してください。