令和５年７月改訂版

（後期課程用）

茨城県立並木中等教育学校長　殿

治　癒　証　明　書

１　生徒氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年　　組）

２　病　　名　　当てはまる病名を（　　）で囲んでください。

（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）新型コロナウイルス感染症
（７）その他（　　）

３　発病年月日又は、新型コロナウイルス感染症自己検査日

＿＿＿＿年　　月　　日（　　）

４　治癒年月日又は、新型コロナウイルス感染症（自己検査のみ）出席停止期間の基準を経過した日

【出席停止期間の基準】
「発症した後５日を経過し、かつ、症状が軽快した後１日を経過するまで」

＿＿＿＿年　　月　　日（　　）

５　診察を受けた医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（新型コロナウイルス感染症で自己検査の場合は、記入不要）

下記のどちらかを（　　）で囲んでください。

・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。

・上記の疾病は出席停止の期間の基準を経過しました。

年　　月　　日

保護者名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 受診を証明できるもの（薬袋・領収書等の写し）を裏面に貼付してください。
※ 新型コロナウイルス感染症で受診をしていない場合は、貼付不要です。

【学校使用欄】※学校が使用しますので、記入の必要はありません。

校長	副校長	教頭	教務	年次主任	担任	養護教諭

年　　月　　日　受理