

(後期課程用)

茨城県立並木中等教育学校長 殿

治 療 証 明 書

1 生徒氏名 _____ 年 組 番 氏名 _____

2 疾患名 あてはまる疾患名の欄に○を記入してください。

	インフルエンザ	発症後（発熱の翌日を1日目として）5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
	新型コロナウイルス感染症	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
	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
	水痘	全ての発疹が痂皮化するまで
	その他 ()	

3 発症年月日又は
インフルエンザ／新型コロナウイルス感染症 で自己検査の場合は検査日

_____ 月 _____ 日 ()

4 治ゆ年月日

_____ 月 _____ 日 ()

5 医療機関名（自己検査の場合は記入不要） _____
※どちらかに○を記入してください。

	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。
- ※ 自己検査の場合、陽性だったことが分かるもの（写真等日付入り）を裏面に貼付してください。

【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