

保護者各位

鎌倉学園中学校・高等学校長

証明書のご依頼

学校保健安全法による出席停止の措置資料として、この用紙に医療機関で学校
感染症の証明をいただき、担任へのご提出をお願い申し上げます。

証 明 書

鎌倉学園 中・高 年 組 番 氏名 _____

◎診断名(該当する病名を○で囲んで下さい)

- | | |
|---------------|-----------|
| 1) 流行性耳下腺炎 | 4) 咽頭結膜熱 |
| 2) 麻疹 | 5) 風疹 |
| 3) 水痘(みずぼうそう) | 6) その他() |

◎出席停止期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

上記の通り証明いたします

年 月 日 住所

医療機関名

医師名

印