

# 学校感染症陽性証明書

筑波大学附属坂戸高等学校長 様

年 組 番 生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 出席停止を必要とする期間

自 令和 年 月 日  
致 令和 年 月 日

## 病名（○で囲んでください）

- ・ 新型コロナウイルス感染症陽性
- ・ インフルエンザ( 型)
- ・ 百日咳
- ・ 麻疹(はしか)
- ・ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
- ・ 風疹(三日はしか)
- ・ 水痘(みずぼうそう)
- ・ 咽頭結膜熱
- ・ 流行性角結膜炎
- ・ 溶連菌
- ・ 感染症感染性胃腸炎
- ・ その他( )

上記の感染症のため加療・休養を要すると認めます。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

教務部長	養護教諭	担任
日付 /	日付 /	日付 /