

証 明 書

組 園 児 名

保護者名

上記の者、 年 月 日、下記のとおり診断しましたことを証明します。

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. インフルエンザ | 9. 咽頭結膜熱 |
| 2. 百日咳 | 10. 流行性結膜炎 |
| 3. 麻疹（はしか） | 11. 流行性出血性結膜炎 |
| 4. 風疹 | 12. 伝染性紅斑 |
| 5. 水痘（水ぼうそう） | 13. 溶連菌感染症 |
| 6. 流行性耳下腺炎（おたふく） | 14. 手足口病 |
| 7. 急性灰白髄炎 | 15. マイコプラズマ肺炎 |
| 8. ウィルス性肝炎 | 16. |

※○印がかかった病気です。

※これらの病気は、医師が登園可能と証明するまで出席停止となります。

上記の者、 年 月 日より登園して差し支えないことを証明します。

主治医