

# 学校伝染病治癒証明書

成城学園中学校高等学校 年 組 番 : 氏名

## 医師記入欄

病名	感染性胃腸炎・インフルエンザ( 型)・水痘・流行性耳下腺炎・溶連菌感染症 その他( ) *該当する病名を○で囲ってください。
平成 年 月 日 から	
平成 年 月 日 まで療養を指示しました。	
	医療機関名
	医師名
	印

## 保護者記入欄

保護者名	印
------	---

\*中学生は、上記のみ記入し、担任に提出してください。

\*高校生は、下記にも記入し、各担当の先生から印をもらい、最後に担任に提出(一週間以内)してください。

《以下、高校生のみ記入、中学生は記入不要です。》

日付		1	2	3	4	5	6	計
月 日	科目 (担当)							時間
( 曜日)	担当者印							
月 日	科目 (担当)							時間
( 曜日)	担当者印							
月 日	科目 (担当)							時間
( 曜日)	担当者印							
月 日	科目 (担当)							時間
( 曜日)	担当者印							
月 日	科目 (担当)							時間
( 曜日)	担当者印							