

治 療 証 明 書

東久留米市子ども家庭部児童青少年課児童青少年係 提出用

東久留米市 _____ 学童保育所 殿

*保護者記入欄

学童保育所名	学童保育所
児 童 名	生年月日 年 月 日

*医師記入欄

上記の者は、下記○印の学校感染症のため 治療中でしたが、学校保健安全法の出席停止の基準により、感染のおそれがないと認めます。

病 名

1. 百日咳
2. 麻疹
3. 流行性耳下腺炎
4. 風疹
5. 水痘
6. 咽頭結膜炎
7. 結核
8. 髄膜炎菌性髄膜炎
9. 流行性角結膜炎
10. 急性出血性結膜炎
11. 腸管出血性大腸菌感染症
12. インフルエンザ
13. その他の感染症 ()

登所許可年月日	年 月 日 より
---------	----------

年 月 日

医療機関名

医師名

