

保護者様

平素は、本校の教育活動にご理解ご協力をいただき厚くお礼を申し上げます。

お子さまは「学校感染症の疑い」があるとのことですので、主治医と相談のうえ適切な処置をとられますよう宜しく願いいたします。出席停止となる疾病については、医師の証明が必要です。

主治医様

大阪府立阿倍野高等学校  
校長 藤 宏 美

### 証明書の発行について（お願い）

学校保健安全法施行規則第18条、第19条に規定されている感染症の罹患者については、出席停止の措置となります。つきましては、お手数ですが、下記証明書に必要事項をご記入のうえ、本校生徒にお渡しくださいますようお願いいたします。

### 証 明 書

年 組 氏名

病名	1. 麻疹 2. 風疹 3. 流行性耳下腺炎 4. 水痘 5. インフルエンザ（——型） 6. 百日咳 7. 咽頭結膜熱 8. 結核 9. 髄膜炎菌性髄膜炎 10. 腸管出血性大腸菌感染症 11. 流行性角結膜炎 12. 急性出血性結膜炎 13. その他の感染症 <u>感染症名</u>
登校してはいけない期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日間
学校への連絡または 注意事項	

上記のとおり証明します

令和 年 月 日

医療機関名

主治医氏名

印