

証明書

学校法人 有坂中央学園

専門学校 中央農業大学校

学校長 木村剛様

学科 _____

コース・専攻 _____

学年 氏名 _____

該当する病名を○で囲んでください。

病名（以下、学校保健法施行第十九条による）

第一類 コレラ 赤痢（痙攣を含む） 腸チフス パラチフス 痢瘍
発疹チフス 猩紅熱 ジフテリア 流行性脳脊髄膜炎 ペスト及び日本脳炎

第二類 インフルエンザ 百日咳 麻疹 急性灰白髄炎
ウィルス性肝炎 流行性耳下腺炎 風疹 水痘及び咽頭結膜炎

第三類 結核 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎

その他 ()

出席停止期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記の学生は、法定伝染病等が治癒又は伝染病の予防上支障がないと認めます。

よって登校を許可します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

保護者の方へお願い

上記の病気は法定伝染病ですので出席停止となります。医師の登校許可が出るまで学校を休み、
しっかり治してください。なお、医師から学校への登校許可がでましたら、上記の記入をお願
いし、担任に提出してください。