

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（疫痢を含む）	腸チフス	パラチフス	痘瘡
	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。