

# 病欠証明書

学 校 名	石川県立門前高等学校
学年・組・性別・生年月日	年 組 男・女 (平成 年 月 日生)
氏 名	
住 所	
病 名 _____	
上記の疾患により 年 月 日より 約 日間の休養を 要する 要した ことを証明する。	
平成 年 月 日	
住 所	
医療機関名	
医 師 名	

但し、この証明書は学校において予防すべき伝染病による出席停止の際の証明にのみ用いるものとする。

## <参考>

- 第1種 エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱  
急性灰白髄炎 コレラ 細菌性赤痢 ジフテリア 腸チフス パラチフス
- 第2種 インフルエンザ 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風しん 水痘 咽頭結膜熱  
結核
- 第3種 腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の感染症