

## 感染症発生届け

大阪府立汎愛高等学校長様

校長	教頭	保健	生指	教務	担任

医療機関名 住 所 医 師 名	印
-----------------------	---

普通 ・ 武道 ・ 体育科 年 組 番

生徒名 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日生

保護者名 \_\_\_\_\_

静養・加療が必要と認められた期間（出席停止）

\_\_\_\_\_ 年 月 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 月 日

下記の証明書のとおり、感染症が発生しましたので届けます。

### 証明書

第一種 : エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、ペスト、ラッサ熱、  
マールブルグ病、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

第二種 : インフルエンザ（A型）、インフルエンザ（B型）、インフルエンザ（その他）、  
百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱、結核

第三種 : 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、  
その他の伝染病（ ）

※（学校記入欄）

年 月 日

出席停止期間

日間 / 月 日 ～ 月 日