

| | | | |
|--|--|------------------|--------------|
| 学校名 (escola) | 小松市立_____小学校 (Escola Municipal Primária_____de Komatsu) | | |
| 学年(série)・組(turma) | 年 組 | 男 ・ 女 | 才 |
| 性別(sexo)・年齢(idade) | (série e turma) | (Homem – Mulher) | (idade) |
| 氏名・住所 (nome – endereço) | | | 町 (machi) |
| 学校伝染病の罹患証明書 ATESTADO MÉDICO PARA DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS ESCOLARES | | | |
| 病名(nome da doença) | | | |
| 上記の病名により { } 月[]日より (Devido a doença acima, declaro que apartir do {mês}[dia], 約()日間の休養を { 要する(necessita) 要した(necessitou) } ことを証明します。 aproximadamente (dia)dias, ({necessita/necessitou} de repouso.) 平成(Heisei) 年(ano) 月(mês) 日(dia) | | | |
| 医療機関所在地及び名称(nome do hospital e endereço) | | | |
| 医師氏名 | | | (印) |
| (Nome e carimbo do médico) | | | |

この証明書は下記の学校伝染病にかかった場合に使用するものです。

(Este atestado é utilizado nos casos de Doenças Infecto-contagiosas escolares.)

- 第一種 ポリオ、コレラ、細菌性赤痢、ジフテリア、腸チフス及びパラチフス等
 Tipo 1 Pólio, cólera, disenteria bacteriana, difteria, febre tifóide ou paratifóide, etc
- 第二種 インフルエンザ、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱及び結核
 Tipo 2 Influenza, coqueluche, sarampo, caxumba, rubéola, catapora, faringo-conjuntivite e tuberculose
- 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（手足口病、伝染性紅斑、溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎等）
 Tipo 3 Infecção Intestinal, conjuntivite epidêmica, hemorragia conjutiva aguda, e outras doenças contagiosas (doenças das mãos, pés e boca, eritema infecciosa, erisipela, pneumonia micoplásmatica, etc)

| | | | |
|--|--|------------------|--------------|
| 学校名 (escola) | 小松市立_____小学校 (Escola Municipal Primária_____de Komatsu) | | |
| 学年(série)・組(turma) | 年 組 | 男 ・ 女 | 才 |
| 性別(sexo)・年齢(idade) | (série e turma) | (Homem – Mulher) | (idade) |
| 氏名・住所 (nome – endereço) | | | 町 (machi) |
| 学校伝染病の罹患証明書 ATESTADO MÉDICO PARA DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS ESCOLARES | | | |
| 病名(nome da doença) | | | |
| 上記の病名により { } 月[]日より (Devido a doença acima, declaro que apartir do {mês}[dia], 約()日間の休養を { 要する(necessita) 要した(necessitou) } ことを証明します。 aproximadamente (dia)dias, ({necessita/necessitou} de repouso.) 平成(Heisei) 年(ano) 月(mês) 日(dia) | | | |
| 医療機関所在地及び名称(nome do hospital e endereço) | | | |
| 医師氏名 | | | (印) |
| (Nome e carimbo do médico) | | | |

この証明書は下記の学校伝染病にかかった場合に使用するものです。

(Este atestado é utilizado nos casos de Doenças Infecto-contagiosas escolares.)

- 第一種 ポリオ、コレラ、細菌性赤痢、ジフテリア、腸チフス及びパラチフス等
 Tipo 1 Pólio, cólera, disenteria bacteriana, difteria, febre tifóide ou paratifóide, etc
- 第二種 インフルエンザ、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱及び結核
 Tipo 2 Influenza, coqueluche, sarampo, caxumba, rubéola, catapora, faringo-conjuntivite e tuberculose
- 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（手足口病、伝染性紅斑、溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎等）
 Tipo 3 Infecção Intestinal, conjuntivite epidêmica, hemorragia conjutiva aguda, e outras doenças contagiosas (doenças das mãos, pés e boca, eritema infecciosa, erisipela, pneumonia micropasmática, etc)