川越東高等学校

学校長　様

登 校 許 可 証 明 書

年　　組　　番　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の生徒、下記の病名について感染の恐れのないことを証明し、登校を許可します。

記

学校保健安全法 第２種　感染症

□インフルエンザ＿＿型　□流行性耳下腺炎　□咽頭結膜熱
□百日咳　□麻疹　□風疹　□結核　□水痘

学校保健安全法 第３種　感染症

□流行性角結膜炎　□急性出血性結膜炎　□腸管出血性大腸菌感染
□コレラ　□細菌性赤痢　□腸チフス・パラチフス
□**その他の感染症**（感染力が強く、流行を防ぐため集団生活を禁ずる必要がある感染症）
診断名〔　　〕

加療開始日　平成　　年　　月　　日　　登校許可日　平成　　年　　月　　日

平成　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印