

学校長 様

[illegible]

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

☐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

☐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

*その他とは：感染力が強く、流行する可能性があるため登校を禁止すると、医療機関で判断された場合です。

診断名〔

加療開始日 令和 年 月 日 登校許可日 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

醫師名 _____ 印 _____