

登校許可証明書

学科・学年 _____

氏名 _____

上記の者は、下記の疾病が治癒したので登校してよいことを証明します。

疾病名	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/> 風疹（三日はしか）	<input type="checkbox"/> 感染性腸炎（ ）
<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）	<input type="checkbox"/> その他（ ）

（上記疾病の該当欄に○印を記入してください。）

初診 令和 年 月 日

出席停止期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

登校許可 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印 _____