

# 登校許可証明書

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番 氏名\_\_\_\_\_

上記の者は、下記○印学校感染症または流行性疾患が軽快し、学校保健安全法の基準による感染症の予防上、登校しても支障がないと認めます。

## <病名>

- 1、インフルエンザ      2、麻疹      3、風疹      4、水痘      5、流行性耳下腺炎  
6、百日咳              7、感染性眼疾患  
8、その他  
    (病名: \_\_\_\_\_ )

初診年月日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

上記の者は \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_日より登校を許可します。

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関名・住所

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

## ※ 処理欄

出席停止日	____月 ____日 ~ ____月 ____日
出席停止日数	____日
備考	