

年 月 日

# 登校許可証明書

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

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 \_\_\_\_\_ 年 月 日

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

医療機関名・住所

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

## ※ 学校記入欄

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 出席停止期間 | 月 日( ) 時間目 ~ 月 日( ) 時間目 |
| 出席停止日数 | 日                       |
| 備考     |                         |