年　　月　　日

登校許可証明書

（インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症　以外の感染症用）

＿＿＿年＿＿＿組＿＿＿番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

上記の者は、下記〇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．麻 疹　　2．風 疹　　3．水 痘　　4．流行性耳下腺炎

5．百日咳　　6．感染性眼疾患

7．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	