

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				