

必要なときに印刷して使用してください。

医療機関で、伝染のおそれがなく登校してもよいと認められた場合に、保護者が記入して学校に提出してください。

令和 年 月 日

登校許可届

都立南大沢学園校長 殿

医師により、伝染のおそれがないと診断されましたので、本日より登校します。

年 組 番 氏名 _____

1 病名 (かかった病気にチェックをしてください。)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) |
| <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) | <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱) | <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 | <input type="checkbox"/> その他 () |

2 療養期間

令和 年 月 日 ~ 月 日まで

3 医療機関名 ()

保護者名 _____ 印

担任へ提出してください。