

登校開始許可証明書（初等部）

年組番

氏名：

*この枠内は保護者の方がご記入ください

出席停止 期間		西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
病名	第一種	☐ エボラ出血熱 ☐ クリミア・コンゴ出血熱 ☐ 痘そう ☐ ペスト ☐ 南米出血熱 ☐ マールブルグ病 ☐ ラッサ熱 ☐ 急性灰白髄炎 ☐ ジフテリア ☐ 重症急性呼吸器症候群（SARS） ☐ 中東呼吸器症候群（MERS） ☐ 特定鳥インフルエンザ（H5N1）（H7N9）								
	第二種	☐ 百日咳 ☐ 麻疹 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 風疹 ☐ 水痘 ☐ 咽頭結膜熱 ☐ 結核 ☐ 髄膜炎菌性髄膜炎								
	第三種	☐ コレラ ☐ 細菌性赤痢 ☐ 腸管出血性大腸菌感染症 ☐ 腸チフス ☐ パラチフス ☐ 流行性角結膜炎 ☐ 急性出血性結膜炎 ☐ 帯状疱疹 ☐ 急性肝炎 ☐ 疥癬 ☐ 感染性胃腸炎 ☐ マイコプラズマ感染症 ☐ 溶連菌感染症 ☐ 手足口病 ☐ ヘルパンギーナ								

※該当の病名にチェックを入れてください

上記疾患が治癒または感染の恐れがなくなりましたので登校を許可します。

備考：

西暦年 月 日

住所

電話番号

医療機関名

医師名

印

校長	副校長	教頭	保健室	担任