

登校許可証明書

____年 ____組

児童・生徒氏名 _____

病名 _____

診断年月日 ____年 ____月 ____日

上記の病気は、他の児童・生徒にうつるおそれがないと認められますので、

____月 ____日より登校してもさしつかえないものと認めます。

令和 ____年 ____月 ____日

医療機関名

医師名

- ※ 下記の感染症の治癒後、登校を再開するにあたって当証明書を学校に提出ください
- 第1種感染症(エボラ出血熱、ラッサ熱、特定鳥インフルエンザ、ジフテリア、ポリオ他)
 - 第2種感染症(髄膜炎菌性髄膜炎、結核)
 - 第3種感染症(腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、コレラ、腸チフス、パラチフス 他)