

登校許可証明書

学校名 _____ 植草学園大学附属高等学校

学年・組 _____ 年 _____ 組

氏名 _____

上記の者、下記の疾病で療養中のところ、現在、軽快し、他への感染のおそれもないと思われるので、登校してよいことを証明する。

記

疾患名（疑いも含む）

インフルエンザ ・ 百日咳 ・ 麻疹 ・ 急性灰白髄炎

ウィルス性肝炎 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 風疹 ・ 水痘

咽頭結膜熱 ・ 結核 ・ 流行性角結膜炎 ・ 急性出血性結膜炎

その他の伝染病（ _____ ）

治療期間： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

※ 学校生活での注意事項等

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

医療機関名

医 師 名

印