保 護 者 様

静岡県富士見中学校・高等学校長

下記の感染症にかかった場合、感染症の種類及び症状により出席停止となります。
医師の診察・治療を受け、登校の際には医師に登校許可証への記入をお願いしていただき、担任に提出してください。

（ ※ 学年・クラス・生徒氏名は保護者が記入してください。）

主 治 医 様

ご多忙中恐縮ですが、以下の登校許可証のご記入をよろしくお願い申し上げます。

登 校 許 可 証 明 書

静岡県富士見中学校・高校学校　　コース　　年　　組　　番

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

感 染 症 名			
	百日咳		髄膜炎菌性髄膜炎
	麻しん		流行性角結膜炎
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		溶連菌感染症
	風しん		マイコプラズマ肺炎
	水痘（みずぼうそう）		感染性胃腸炎
	咽頭結膜熱（プール熱）		その他（　　）
	結核		

１、診　断　名　　上記感染症名の該当する疾病に〇をつけてください

２、出席停止期間　　令和　　年　　月　　日　～　　月　　日

上記の生徒の疾病は、感染のおそれがなくなったため、登校を許可します。

令和　　年　　月　　日　　医療機関名

医 師 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印