

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・高等学校 コース 年 組 番

氏名 \_\_\_\_\_

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

1、診断名                      上記感染症名の該当する疾病に○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