

# 登校許可証明書

学校名	八千代市立阿蘇米本学園
生徒氏名	年 組 氏名
疾病名	流行性耳下腺炎 風疹 水痘 流行性角結膜炎 咽頭結膜熱 溶連菌感染症 その他( )
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
登校許可日	年 月 日から

上記の疾病について、他に感染の恐れがなく、登校してもさしつかえないことを認めます。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印