

登 校 許 可 証

氏名 *保護者の方がご記入 下さい。	八千代市立大和田南小学校 *第 学年 組 *氏名
病 名	百日咳 麻 疹 流行性耳下腺炎 風 疹 水 痘 咽頭結膜熱 結 核 その他 { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 10px;"> 溶連菌感染症 感染性胃腸炎 流行性角結膜炎 マイコプラズマ感染症 </div> }
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記の疾病は感染のおそれがなくなったものと認め、登校を許可します。

年 月 日

医療機関名

医 師 名