

登 校 許 可 書

<p>氏名 *保護者の方が ご記入ください。</p>	<p>八千代市立村上東小学校</p> <p>*第 学年 組</p> <p>*氏名 (男 ・ 女)</p>
<p>病 名</p>	<p>百日咳 麻 疹 流行性耳下腺炎 風 疹</p> <p>水 痘 咽頭結膜熱 結 核</p> <p>その他 (溶連菌感染症 マイコプラズマ感染症 流行性角結膜炎 _____)</p>
<p>治療期間</p>	<p>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日</p>

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。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印