

担当医師 様

学校では、法律により、児童生徒の健康を守り、集団への蔓延を防ぐために、学校で予防すべき感染症またはその疑いがある場合は、出席停止としています。

そのため、学校で予防すべき感染症にかかった場合は、すみやかに医療機関で治療を受けるように指導しております。

つきましてはご多用のところ大変恐縮ですが、本児童が回復し集団への蔓延のおそれが無くなり登校可能になりましたら、以下の登校許可証明書にご記入いただきたく、よろしくお願いいたします。

登校許可証明書

患者 氏名	八千代市立南高津小学校 第 学年 組 氏名
主な学校で 予防すべき 感染症 (疑いを含む)	麻疹 ・ 風疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 百日咳 ・ 水痘 流行性角結膜炎 ・ 咽頭結膜熱 ・ 溶連菌感染症 ・ 感染性胃腸炎 マイコプラズマ感染症 ・ その他 ()
治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記の者について、 月 日からの登校を許可します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

院(所)長名

印