

主治医様:お手数ですが、用紙の記入方よろしくお願ひいたします。

登 校 許 可 証

氏 名	八千代市立西高津小学校 ____年__組 氏 名_____ (男・女) ※この欄は、保護者の方がご記入ください。
病 名	麻疹 ・ 風疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 水痘 ・ 百日咳 咽頭結膜熱 ・ 流行性角結膜炎 ・ 溶連菌感染症 その他 ()
治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

上記の者，他に感染のおそれなく，通学して差し支えないものと認める。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医 師 名 _____ 印