

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 感染性胃腸炎 ・ その他 ()
治療期間	令和 ____年 ____月 ____日 ~ 令和 ____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。

令和 ____年 ____月 ____日

医療機関所在地

医療機関名

医 師 名 _____ 印