

登校許可書

氏名 ※ 保護者の方が ご記入ください	八千代市立大和田西小学校 ※ 第 学年 組 ※ 氏 名 ※ (男・女)
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 (溶連菌感染症 マイコプラズマ感染症 流行性角結膜炎 _____)
治療期間	令和 年 月 日 ～ 令和 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。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

