

必要な時にコピーして使用してください。

医療機関で伝染のおそれがなく登校してもよいと認められた場合に、保護者が記入して学校に御提出ください。

令和 年 月 日

登校許可届

東京都立世田谷泉高等学校長殿

医師により、伝染のおそれがないと診断されましたので、本日より登校します。

年 組 番 氏名 _____

1 病名（かかった病気にチェックをしてください。）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |
| <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） | <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） | <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

2 療養期間

令和 年 月 日から 月 日まで

3 医療機関名（ ）

保護者名 _____