

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

東京都立立川緑高等学校長殿

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。）

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ インフルエンザ | ☐ 百日咳 |
| ☐ 麻疹（はしか） | ☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |
| ☐ 風疹（三日ばしか） | ☐ 水痘（水ぼうそう） |
| ☐ 咽頭結膜熱（プール熱） | ☐ 結核 |
| ☐ 新型コロナウイルス感染症 | ☐ 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（ ）

電話番号

保護者名