

登校許可書

豊南高等学校

_____年 _____組 氏名_____

(平成 _____年 _____月 _____日生)

病名

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日咳
<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 風疹
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 結核	
<input type="checkbox"/> その他(_____)	

□にレ点をお願いします

発病年月日 平成 _____年 _____月 _____日

治癒年月日 平成 _____年 _____月 _____日

上記疾病が治癒または軽快し、他に伝染の恐れがないことを証明します。

平成 _____年 _____月 _____日

医療機関名

所在地

医師名

印