

登校開始許可証明書について

平素より、学校教育にご理解、ご協力をいただき厚く感謝申し上げます。
すでにご承知のことと存じますが、感染症にかかった場合には、学校保健法により、出席停止等の措置を講じております。

つきましては、感染症にかかり、貴院で治療を受けている生徒の保護者から、登校開始許可証明書の依頼がありましたら、お手数ながら下記証明書を発行下さるようお願い申し上げます。

キリトリ

登校開始許可証明書

日本体育大学桜華中学校・高等学校

年 組 番 氏名

上記の生徒は、下記の感染症について感染の恐れがないことを証明し、登校を許可します。

病名（該当に○印）

※ 学校保健法第二種の感染症

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 |
| <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 麻疹 | <input type="checkbox"/> 風しん |
| <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"/> 結核及び髄膜炎菌性髄膜炎 |

※ 学校保健法第三種の感染症

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

その他の感染症 病名 _____

出席停止期間

令和 年 月 日 () 限 ~ 令和 年 月 日 () 限 まで

令和 年 月 日 医療機関名

医師氏名

印