

# 登 校 許 可 願

年 月 日

千葉県立佐原高等学校長 様

第\_\_\_\_\_学年\_\_\_\_\_組

生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記の者、医療機関を受診したところ下記疾患はほぼ治癒し、他への感染のおそれもなく登校しても差し支えないものと担当医より認められましたので、登校許可をお願いします。

## 記

### 1 疾患名

インフルエンザ（疑いも含む）・百日咳・麻疹・流行性耳下腺炎・風疹  
水痘・咽頭結膜熱・結核・髄膜炎菌性髄膜炎・流行性角結膜炎  
急性出血性結膜炎・溶連菌感染症・ウイルス性肝炎  
マイコプラズマ感染症・腸管出血性大腸菌感染症  
感染性胃腸炎（ノロウイルス等）・その他の感染症（ ）

### 2 出席停止期間

年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）

以上

担任確認

出席停止期間は上記のとおりです。

HR 担任印

※ 担任確認後、保健室へ提出してください。