

主治医 様

四條畷学園高等学校
大東市学園町6番45号

登校許可証明書作成のお願い

下記本校生徒について、学校保健安全法に基づく学校感染症に罹患している旨の連絡がありました。つきましては、登校許可の確認のため、ご診断いただいた結果を下記証明書にご記入いただき、当該生徒にお渡しいただきますようお願いいたします。
なお、文書作成料については、ご配慮のほどお願いいたします。

登校許可証明書

四條畷学園高等学校
学 校 長 様

生徒名

上記の者は、次の学校感染症または流行性疾患が軽快し、学校保健安全法の基準による感染症の予防上、登校しても支障がないことを認めます。

病名	麻疹 感染性眼疾患	風疹 その他（	水痘	流行性耳下腺炎	百日咳
療養期間	年 月 日 から 月 日 まで				

記入日 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

印

【担任記入欄】 当該生徒のクラス： 年 組 番

出席停止期間： 月 日（ ）～ 月 日（ ）

※担任記入→保健主事→保健室