

誉 高 等 学 校 長 様

登 校 届

年 組 氏名

該当する病名に○印をつけてください。

【 病 名 】

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. インフルエンザ (型) | 2. 結 核 |
| 3. 麻 疹 | 4. 咽 頭 結 膜 熱 |
| 5. 百 日 咳 | 6. 腸管出血性大腸菌感染症 |
| 7. 水 痘 | 8. 急性出血性結膜炎 |
| 9. 風 疹 | 10. 流行性角結膜炎 |
| 11. 流行性耳下腺炎 | 12. 新型コロナウイルス感染症 |
| 13. その他の感染症 () | |

【 上記病名で欠席した期間 】

令和 年 月 日 () ～ 令和 年 月 日 () まで

【 医療機関名 】

()

令和 年 月 日

保護者氏名 印

※注意事項

- ・ 受診を証明できるもの（調剤説明書のコピー等・・・患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもの）を必ず添付してください。
- ・ 登校につきましては、医師の指示に従ってください。