

保護者様

静岡県富士見高等学校長

下記の感染症にかかった場合、感染症の種類及び症状により出席停止となります。
医師の診察・治療を受け、登校の際には医師に登校許可証への記入をお願いしていただき、
登校初日に、担任に提出してください。
(※ 学年・クラス・生徒氏名は保護者が記入してください。)

主治医様

ご多忙中恐縮ですが、以下の登校許可証のご記入をよろしくお願い申し上げます。

登校許可証明書

静岡県富士見高校学校
特進・総合コース 年 組 番
氏 名 _____

感 染 症 名			
	百日咳		髄膜炎菌性髄膜炎
	麻疹		流行性角結膜炎
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		溶連菌感染症
	風しん		マイコプラズマ肺炎
	水痘（みずぼうそう）		感染性胃腸炎
	咽頭結膜熱（プール熱）		その他（ ）
	結核		

- 1、診 断 名 上記感染症名の該当する疾病に○をつけてください
- 2、出席停止期間 令和 年 月 日 ～ 月 日

上記の生徒の疾病は、感染のおそれがなくなったため、登校を許可します。

令和 年 月 日 医療機関名

医 師 氏 名 _____ 印 _____