

平成 年 月 日

保護者様

城星学園小学校  
校長 吉田 登代子

本「許可証」の提出にあたっては、証明の期日が治癒後4週間を経過した場合は認められません。できるだけ治癒後の初登校に合わせて早期にご提出ください。

----- キリトリセン -----

平成 年 月 日

主治医様

城星学園小学校  
校長 吉田 登代子

### 依頼書

下記の本校児童が本書を持って受診または治療に参上の節には、よろしくご指導とご処置の程お願い申し上げます。

尚ご面倒ながら、下記の「学校伝染病登校許可証」にご記入の上、受診者にお渡しいただければ幸いに存じます。

受診児童氏名 年 組 \_\_\_\_\_

----- キリトリセン -----

校長	教頭	養教	担任

### 学校伝染病登校許可証

学校長殿

住所  
児童氏名 ( 年 組)

上記の者、下記の病名により平成 年 月 日から平成 年 月 日まで加療していましたが、

治癒しましたので、 月 日より登校してよいと認めます。

<p>インフルエンザ、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱、結核、 流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、腸管出血性大腸菌感染症、 溶連菌感染症、手足口病、ヘルパンギーナ、流行性嘔吐下痢症、伝染性紅斑、 その他 ( )</p> <p style="text-align: right;">【 プール入水許可 年 月 日 】</p>
---

平成 年 月 日

医院名  
医師名  
医院所在地  
電話番号  
印