

年 月 日

保護者様

城星学園小学校
校長 奥 栄三郎

本「許可証」の提出は、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。（証明の期日が治癒後4週間を経過した場合は無効となります。）

----- キリトリセン -----

年 月 日

主治医様

城星学園小学校
校長 奥 栄三郎

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「学校感染症登校許可証」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	主事	養教	担任

学校感染症登校許可証

学校長殿

住所

児童氏名（ 年 組）

上記の者、下記の病名により _____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで加療しておりましたが、

治癒しましたので、_____ 月 _____ 日より登校してよいと認めます。

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、手足口病、
 溶連菌感染症、ヘルパンギーナ、感染性胃腸炎、伝染性紅斑、
 マイコプラズマ感染症、その他（ _____ ）

【 プール入水許可 _____ 月 _____ 日 】

年 月 日

医院名
医師名
医院所在地
電話番号

印

年 月 日

主治医様

城星学園小学校
校長 奥 栄三郎

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、下記の証明書にご記入の上、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	主事	養教	担任

証 明 書

学校長殿

住 所
児童氏名 (年 組)

上記の者、下記の傷病名により、

年 月 日から ー

年 月 日まで ー [通院 ・ 入院] 加療していたことを

証明します。

傷病名 _____

備考 [

年 月 日

医院名
医師名
医院所在地
電話番号

印