医師記入

登　校　許　可　書

栄町立竜角寺台小学校　　年　　組　　氏名

下記疾患は症状消失し、他に感染の恐れもなく、通学して差し支えないものと認める。

記

［疾患名］　　＊○をつけてください。

感染性胃腸炎　　溶連菌感染症　　マイコプラズマ感染症　　流行性耳下腺炎

風疹　　水痘　　百日咳　　麻疹　　ヘルパンギーナ　　ウイルス性肝炎

咽頭結膜炎　　結核　　流行性角結膜炎　　急性出血性結膜炎

その他の感染症（　　）

［登校許可日］

令和　　年　　月　　日から登校を許可する

医療機関名

医師名　　印