誉高等学校長　様

登　校　届

年　　組　氏名

該当する病名に〇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．髄膜炎菌性髄膜炎
１３．その他の感染症（　　）

【 上記病名で欠席した期間 】

年　　月　　日（　）から　　年　　月　　日（　）まで

【 医療機関名 】

（　　）

年　　月　　日

保護者等氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※注意事項
・受信を証明できるもの（調剤説明書コピー等・・・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。