

令和 年 月 日	
保護者様	
高岡市立五位中学校長	
学校感染症にかかっている、またはかかっていると疑われる間は、学校保健安全法により、出席停止扱いとなりますので、医師と相談のうえ適切な処置をとられるようお願いします。	
記	
1 氏名	年 組 氏名
2 理由	風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・咽頭結膜熱・腸管出血性大腸菌感染症 その他（ ）の疑い
3 期間	発病より医師が感染症予防上支障なしと認めた日まで
令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ）まで< 日間>	
※上の期間は学校側が記入	
主治医 様	
上記の疾病は感染の危険がなくなる日まで登校できないことになっています。	
診断、治療の上、下記の登校許可日を記入いただき、本人に渡してくださるようお願いします。	
登 校 許 可 証 明 書	
学校長 様	病 名：
	診 断 日： 令和 年 月 日
	登校許可日： 令和 年 月 日
診断日 令和 年 月 日	医療機関名
	医 師 名

不明な点がございましたら養護教諭へお問い合わせください。