

登校許可証明書

静岡県立沼津城北高等学校長 様

年 組 番

氏 名

保護者氏名

※ 主治医様へ

おそれいりますが、該当の病名を○で囲み、出席停止とする期間をご記入ください。

1 病 名 風疹・百日咳・水痘

麻疹・咽頭結膜熱・流行性耳下腺炎・結核

髄膜炎菌性髄膜炎・流行性角結膜炎

その他（ ）

2 出席停止が必要な期間

令和 年 月 日から

日間

令和 年 月 日まで

上記の期間、加療中のところ、全治しましたので登校を許可します。

令和 年 月 日

住 所

医師名

印