

登校許可証明書

相良高等学校長様

年 組 番 生徒氏名

(保護者記入)

1 病名(該当病名を○印で囲んでください)

第1種	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 痘そう 南米出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 ジフテリア 重症急性呼吸器症候群 (SARSコロナウイルスに限る) 鳥インフルエンザ (インフルエンザウイルスA属でH5N1に限る) 指定感染症または新型感染症 ()
第2種	インフルエンザ (疑い・様症状を含む) 百日咳 麻しん 流行性耳下腺炎 風しん 水痘 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎
第3種	コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の感染症 ()

2 診断月日 平成 年 月 日

上記疾病において、感染の恐れがないと認めたので、平成 年 月 日から登校

してよいことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印