

御担当医 様

学校法人 大阪明星学園  
明星高等学校・中学校  
〒543-0016  
大阪市天王寺区餌差町5番44号  
TEL 06-6761-5606  
FAX 06-6761-6720

### 学校感染症登校許可証明書記入のお願い

学校感染症による出席停止及び登校に関して御高診いただき、御記入いただきますようお願い申し上げます。

#### 登校許可証明書

高・中 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番 生徒氏名 \_\_\_\_\_

#### 病名

- ・インフルエンザ（ A 型 B 型 ） ・麻しん ・風しん
- ・新型コロナウイルス ・流行性耳下腺炎 ・水痘
- ・咽頭結膜熱 ・結核 ・髄膜炎菌性髄膜炎
- ・その他の感染症 [ \_\_\_\_\_ ]

#### \*出席停止期間（感染防止に係る医師の指示期間）

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

感染の恐れがきわめて少なくなったので

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登校が可能であると認めます。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

住所・TEL

診察医師名

印