

登 校 届

1. 児童・生徒氏名 _____年 _____組 氏名 _____

2. 病名 (該当の番号に○)

1. アデノウイルス感染症
2. マイコプラズマ肺炎 (マイコプラズマ感染症)
3. 溶連菌感染症
4. その他 (_____)

3. 主治医から出席停止を指示された期間

令和 _____年 _____月 _____日 から

令和 _____年 _____月 _____日 まで

(医療機関名)「 _____ 」において、病状も回復し、
集団生活に支障がない状態と判断されましたので、登校いたします。

令和 _____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____ ㊟