**感染症登校許可願**

保護者の方へ

　　 この文書は、保護者が記入してください。医療機関で証明や記入をしてもらう必要はありませんが、領収書・調剤明細書等、下記の病気で受診したことを証明できる書類のコピーを添付してください。

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年　　月　　日

兵庫県立高砂南高等学校長　様

　 　 年　 組　 番 生徒名

　　　　　 保護者名

（病名を〇で囲んでください）

　【病名】

新型コロナウイルス感染症　インフルエンザ　 　百日咳　 　麻しん

流行性耳下腺炎　　風しん　 　水痘　 　咽頭結膜熱

　　　　　　　髄膜炎菌性髄膜炎　 　結核流行性角結膜炎　 　急性出血性結膜炎

　　　　　　 腸管出血性大腸菌感染症

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　月　　　日（　　）より登校の許可が出ました。

受診した医院・病院名または医師名

（保健室保管）