

## 感染症等に係る登校に関する意見書

<氏名>	学校記入 年次 組 ( )
------	------------------

<所見名> ( 疑い 含む )		
1 インフルエンザ ( A型・B型 )	2 百日咳	3 麻疹
4 流行性耳下腺炎	5 風しん	6 水痘
7 結核		
8 その他 ( )		

<出席停止 期間 ( 休校日 含む ) > ( 基準については別添参照 )		
年 月 日 ( )	～	年 月 日 ( )

<連絡または注意事項>
-------------

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印

注意；記載した医療機関以外の訂正、修正は無効

(訂正、修正がある場合、発行元に問い合わせることがあります)

(公印 省略可)