

保護者様

令和 年 月 日

大阪府立泉鳥取高等学校

登校許可に関する意見書について

お子様の今回の疾患につきまして、下記の意見書を学校へご提出下さい。

記

年 組 番

生徒名

生年月日 平成 年 月 日

登校許可に関する意見書

<傷病名>

- | | | |
|------------|-------|------------|
| 1. インフルエンザ | 2. 麻疹 | 3. 流行性耳下腺炎 |
| 4. 水痘 | 5. 風疹 | 6. 咽頭結膜熱 |
| 7. 流行性角結膜炎 | | |
| 8. その他（ | | ） |

<安静加療を必要とした期間>

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

学校への連絡・注意事項等がありましたら、ご記入ください。

上記の通り証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

担当医師名

印