

(保護者記入)

登校届

学校長 様

生徒氏名

年 組 氏名

病名 (該当する病名に○)

1. アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱を除く)
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

主治医から出席停止を指示された期間

年 月 日から
年 月 日まで

医療機関名「 _____ 」において判断されましたので
登校いたします。

年 月 日

保護者氏名 _____ (印)