

登校許可願い（インフルエンザを除く）

| | |
|----------------|------------|
| 生徒氏名： | |
| 病名： | |
| 初診日： | 令和 年 月 日 |
| 登校を許可してもよいとする日 | 令和 年 月 日から |
| 医療機関名： | |
| 電話番号： | |
| 医師氏名： | 印 |

成城中学校・成城高等学校長殿

上記の理由により、感染症予防上、支障のないことを確認しましたので、
本日より登校いたしますのでお届けします。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

中・高 年 組 番 _____ 生徒氏名 _____

<保護者の皆様へ>

学校感染症と診断された場合は、医師の指示のもと十分に休養をとり、学校生活への支障がないと認められたとき、この「登校許可願い」の必要事項を記入してもらってください。登校の際は担任に提出後、教室に入ることが可能となります。忘れた場合は入室ができなくなることもありますのでお気をつけください。

| 学校 記入 欄 | 【出席停止期間】 令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ） | 校 長 | 養護教諭 | 担 任 |
|---------------|---|-----|------|-----|
| | | | | |