

保護者 様

大阪府立平野高等学校長

学校保健安全法第19条に基づき、学校感染症にり患した場合は、出席停止となります。主治医より登校の許可が出ましたらこの用紙に記入していただき、担任まで提出してください。

意見書

年 組 番 氏名

- | | | |
|-----------------|-----------------|-------------|
| 1. インフルエンザ (型) | 2. 百日咳 | 3. 麻疹 |
| 4. 流行性耳下腺炎 | 5. 風疹 | 6. 水痘 |
| 7. 咽頭結膜熱 | 8. 結核 | 9. 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 10. 流行性角結膜炎 | 11. その他の感染症 () | |

上記疾病にり患したため、

年 月 日から 年 月 日までの 日間

療養中であったが、感染の恐れがないものと認め、登校を許可します。

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印

【学校内連絡】

月 日 担任受領 → 保健室 (原本保管)