意　見　書

大阪府立三国丘高等学校　定時制の課程

（　　）年（　　）組

名　前（　　）

下記感染症により、＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　より

＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　まで　治療中でしたが、

登校しても感染の恐れがないものと認めます。

≪　感染症名　≫

1	インフルエンザ（A 型・B 型）	2	百日咳
3	麻しん	4	流行性耳下腺炎
5	風疹	6	水痘
7	結核	8	流行性角結膜炎
9	咽頭結膜熱	１０	急性出血性結膜炎
１１	腸管出血性大腸菌感染症	１２	感染性胃腸炎
１３	その他（　　）		

＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

病院名
住　所
ＴＥＬ

担当医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞