登　校　許　可　証　明　書

中学・高校＿＿＿年＿＿＿組＿＿＿番　氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

≪医療機関の方へ≫
　本校生徒が受診の際、この用紙を提出いたしますので、恐縮ではございますが、ご記入下さいますようお願いいたします。

城北中学校・高等学校　校長

該当する感染症にチェックをお願いいたします。

★第２種の感染症

□百日咳　□麻疹（はしか）□流行性耳下腺炎　□風疹（三日ばしか）
□水痘（水ぼうそう）　□咽頭結膜熱（プール熱）□結核　□髄膜炎菌性髄膜炎

（＊インフルエンザ・新型コロナ感染症は別紙）

★　第３種の感染症

□　コレラ　□細菌性赤痢　□腸管出血性大腸菌感染症　□腸チフス　□パラチフス
□　流行性角結膜炎　□急性出血性結膜炎

★　その他の感染症

□　溶連菌感染症　□伝染性紅斑（りんご病）　□手足口病　□ウイルス性肝炎
□　マイコプラズマ感染症　□感染性胃腸炎　□その他（　　）

出席停止期間

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（＿＿＿）～　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（＿＿＿）

記載年月日　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

医療機関所在地及び名称・担当医氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

2026.4～