

登校許可願

- | | | | | | | | |
|---|-------------|---|--------|---|----|---|----|
| 1 | インフルエンザ（ 型） | 2 | 感染性胃腸炎 | | | | |
| 3 | 流行性耳下腺炎 | 4 | 麻疹 | 5 | 風疹 | 6 | 水痘 |
| 7 | その他（ ） | | | | | | |

上記の疾病で出席停止となっておりましたが、治癒しましたので
登校を許可くださるようお願いします。

発症年月日 年 月 日

治癒年月日 年 月 日

医療機関名 _____

茨城県立下館第二高等学校長 殿

年 組 生徒氏名

保護者氏名

印

※ 受診を証明するもの（領収書や薬袋）を添付してください。