

※お願い（医療機関各位）

本校において、学校感染症の疑いによる病院受診の場合、検査結果が陰性であっても、その日に限り出席停止扱いとなります。主治医殿におかれましては、お手数ですが、陽性の場合は②③に、陰性の場合は受診証明として①②に、年月日並びに病名をご記入下さいますようお願いいたします。

星美学園中学校高等学校  
学 校 長 殿

登 校 許 可 証  
(兼：受 診 証 明 書)

下記の者は、学校感染症が軽快し（若しくは学校感染症の疑いが晴れ）、かつ学校保健安全法の基準により感染症の予防上支障がないと認めた為、登校を許可します。

中・高 年 組 番 生徒氏名

生年月日 年 月 日 生まれ

①受診日 年 月 日

(学校感染症： ) の疑いにより受診

②診断結果 (病 名： )

③登校停止期間（受診日を含む）

年 月 日 ～ 年 月 日まで

年 月 日から登校してもよいことを証明します

年 月 日

医療機関名

医 師 名 印