

登校許可書

氏名 _____

性別 男 ・ 女 生年月日 S ・ H 年 月 日

学校名 神田外語大学 学年 年 学籍番号 _____

上記の者、他に感染のおそれがなく、通学して差し支えありません。

疾病名			
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/>	水痘（みずぼうそう）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/>	その他（ ）

（上記疾病の該当欄に○印を記入してください）

初診 20 年 月 日

出席停止期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

登校許可 20 年 月 日から

 20 年 月 日

医療機関名

医師名 _____ 印