

登校許可証明書

氏 名 _____

病 名 _____

発症年月日 平成 年 月 日

治癒年月日 平成 年 月 日

上記感染症について 月 日()より登校を許可します。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 印

平成 年 月 日

年 組 番 生徒氏名 _____

保護者名 _____ 印