

登 校 許 可 証

1. 生徒名 _____ 年 組 氏名 _____

2. 病 名 _____

3. 期 間 平成 年 月 日 (曜 日) より
平成 年 月 日 (曜 日) まで 『 日間 』

上記の者は、学校保健安全法の基準により伝染病の予防上支障がないものと認め、 月 日より登校を許可します。

平成 年 月 日

【担当医師】

住 所

氏 名

Ⓜ

担 任	学年主任	保健室