

登校許可書

1. 生徒氏名 _____ 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感染症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

医師名

⑩

担任	学年主任	保健室