

# 登校許可証明書

氏 名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

発症年月日 令和 年 月 日

治癒年月日 令和 年 月 日

上記感染症について 月 日( )より登校を許可します。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日

年 組 番 生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ 印