

登 校 許 可 書

年 組 番

名 前

病 名

上記疾病にて 年 月 日より療養中
のところ、感染性がないと認められる状態になりました
ので 月 日より登校することを許可します。

年 月 日

医療機関 所 在 地

名 称

医 師

印