

登校許可証明書

年 組 番 氏名 _____

病名 _____

上の者は上記の疾病で

平成 年 月 日から

平成 年 月 日までの 日間

療養中であったが、主要症状が消退し、もはや感染のおそれのないものと認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名 印

学校処理欄(この欄は学校で記入します。)

1. 担任印	2. 教務印	3. 保健室

担任→教務→保健室 の順で確認

* 保管は保健室になります。