

登校許可証明書

第__学年__組__番

生徒氏名_____

病名_____

医療機関名_____

担当医師名_____

上記の病気について、加療の結果、医師より登校許可がありました。
つきましては、__月__日()より登校させます。

出席停止期間

平成__年__月__日()～平成__年__月__日()

平成__年__月__日

保護者氏名(自署)_____

養護	担任	教務	事務