

出席許可証明書

第__学年__組__番

生徒氏名_____

病名_____

上記疾患は治癒し、予防上支障がないことを認めましたので、

平成__年__月__日より出席を許可します。

平成__年__月__日

医療機関名_____

担当医師名_____

出席停止期間 平成__年__月__日（ ）～平成__年__月__日（ ）

養護 教諭印	担任印	教務印	事務印