

登校許可書

1. 生徒氏名 _____ 年 _____ 組 _____ 氏名 _____

2. 病 名 _____

3. 期 間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) より
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) まで『 _____ 日間』

上記の者は、学校保健安全法の基準により感染症の予防上支障がない
ものと認め、 _____ 月 _____ 日より登校を許可します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【担当医師】

住所

医師名

⑩

担任	学年主任	保健室	主事	校長