

学校伝染病による登校許可証

氏 名 _____

病 名 _____

上記の疾病による療養期間は

年 月 日から

日間で、その後の登校は可と診断します。

年 月 日まで

年 月 日

医 師 住 所

氏 名



学校伝染病による登校許可証

氏 名 _____

病 名 _____

上記の疾病による療養期間は

年 月 日から

日間で、その後の登校は可と診断します。

年 月 日まで

年 月 日

医 師 住 所

氏 名

