

平成 年 月 日

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_ 印

## 登校許可証明書

下記の生徒は、学校保健安全法の基準に達し感染の恐れがないと判断したため、学校への出席はさしつかえないと認めます。

### 記

1. 生徒氏名 \_\_\_\_\_ 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

2. 病 名 \_\_\_\_\_

3. 療養期間 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 日

4. 学校への登校日 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日 から

5. その他指導事項 \_\_\_\_\_