

登校許可証明書

____年 ____組 ____番 氏名 _____

令和 ____年 ____月 ____日に発症した疾患（ _____ ）は、通院加療により、感染のおそれ
なくなり、 ____月 ____日より登校して差し支えないことを証明します。

平成 ____年 ____月 ____日

病院名

医師名

印