

感染症登校許可証明書

患者氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 _____

病名 _____

上記感染症のため _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
療養を（要します・要しました）。

_____ 年 _____ 月 _____ 日から登校を許可します。

年 月 日

医療機関名： _____

医師名： _____