

# 登校許可証

第 学年

児童氏名

病 名：

出席停止期間：

年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )

他に感染するおそれがなく、登校しても差し支えないものと認めます。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

担任	養護教諭