

登校許可意見書

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