

学校感染症に罹患した本校児童につきまして、病名及び療養期間について、下記の証明書にご記入くださいますようお願いいたします。

登校許可書

帝塚山学院小学校

____年 ____組 氏名 _____

病 名 _____

上記疾病により

____年 ____月 ____日 から

____年 ____月 ____日 までの ____日間

療養中であったが、主要症状が消退し、感染の恐れがなくなったため、登校可能と認めます。

____年 ____月 ____日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印