

学校長あて

登校許可証明書

年 組

名前

出席停止期間 月 日より
月 日まで

下記疾患が治癒しました。登校を許可します。

麻疹	水痘	流行性耳下腺炎
風疹	インフルエンザ	
その他病名 ()		

* 該当疾病に 印をして下さい。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名