

登校許可証

年 組 番 氏名 _____

診断名： _____

登校停止期間： _____ 月 _____ 日 から _____ 月 _____ 日まで

上記の主要症状が消退し、他への感染の恐れがないことを認めます。

その他、学校への連絡事項がありましたらご記入ください。

(_____)

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ (印)

※学校処理欄 東京立正中学校高等学校

校長	生活指導	保健室	担任