

登校許可証明書

下記の者は、平成 年 月 日から平成 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おそれがないもの
と認めます。

記

富山県立富山総合支援学校 _____ 部 _____ 年

児童生徒名 _____

病 名 _____

【学校への連絡事項】

注意事項・指示事項等がありましたらご記入ください。

--

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印