

## 登校許可証明書

下記の者は、 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。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

(自 署)