

# 登校許可証明書

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

上記の者は、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

頭書の疾病で療養とし、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から登校してよい事を

証明する。

※備考

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_