

登 校 許 可 証

年 組 番 児童氏名

上記の者は、伝染病（ ）のため、
平成____年____月____日～平成____年____月____日まで登校
を禁止としていましたが、治癒しましたので、登校を許可します。

※インフルエンザは型のご記入もお願いします。

平成 年 月 日

病院名

医師名
