

担当医殿

本校生徒がお世話になります。学校保健安全法に定められた感染症への罹患が確認された生徒につきまして、症状が軽快し、他への感染の恐れがなくなり、登校に支障がないことをご証明ください。よろしくお願い申し上げます。

順天中学校・高等学校 校長

登校許可書

順天中学校・高等学校

中・高 _____ 年 組 番 氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

診断名： _____ のため

出席停止期間： _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

学校保健安全法により、上記感染症罹患のため出席停止としましたが、感染症予防上、登校しても支障がないと認め登校を許可します

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印