

登校許可書

貞静学園中学校・高等学校長 殿

年 組 氏名 _____

病名 _____

登校停止期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

上の者は上記の疾病で療養していましたが、感染の可能性が
なくなりましたので登校を許可します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印