

感染症登校許可証明書

武田中学校・高等学校

中・高 年 組 番 名前

病 名

初 診 年 月 日

出席停止期間 年 月 日 ～ 年 月 日

登校許可 年 月 日から

年 月 日

医療機関名

医 師 名 _____ 印