

主治医 殿

成城学園初等学校 校長

※欄は保護者が記入してください。

※	年	組	児童氏名
---	---	---	------

登校許可証明のお願い

ご多忙のところ恐縮ですが、貴医で加療中の上記児童に感染のおそれがないと認められましたら、証明をお願いいたします。

登校許可証

診断名 _____

上記疾患が感染症の予防上、支障がないと認めたので、
年 月 日より登校を許可します。

(治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日)

年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

医 師 名 _____ (印)