

登校許可書

学部・学科 _____

学籍番号 _____

氏名 _____

下記のとおり証明・報告します。

1 診断名 _____

2 登校停止の期間 年 月 日 ～ 年 月 日

上記疾患に関しては伝染のおそれがないと認めるので、登校を許可します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印