令和　　　年　　　月　　　日

富山県立となみ東支援学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

学校感染症について（登校許可証明書）

　下記の者は、学校保健安全法施行規則第１９条の基準に達したので、学校への出席はさしつかえないと認めます。

記

１．　児童生徒氏名

２．　病名

３．　初診　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

４．　学校への出席日　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

５．　指示・連絡事項