**出席停止解除・登校許可証明書**

●●●立●●●●学校長殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　　組　　　番 | （氏名） |  |
| 保護者： | （氏名） |  |

下記の通り出席停止を解除し、登校を許可いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 病名（感染症の種類） |  |
| 療養期間 | 年　　月　　日（　　曜日）～　　　　　年　　月　　日（　　曜日） |
| 出席停止解除日 | 年　　月　　日（　　曜日）  ※上記解除日から登校が可能です。 |
| 出席停止解除の理由 | 他者への感染リスクが少なく、登校に支障がないと認められるため |

以上

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名： |  |
| 所在地： |  |
| 主治医： |  |