年　　月　　日

**登校許可証明書**

　　　　　　　　　　　　校長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　組 | （氏名） |
| （保護者氏名） |  |

上記の児童が罹患した疾患が治癒し、ほかに感染する恐れがないため、登校を認めます。

記

1.　病名

2.　治療期間

　　　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日（　　日間）

以上

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証明者 | 医療機関名 |  |
| 医　師　名 |  |