年　　　月　　　日

担当医師　殿

**登校許可証明書発行のお願い**

|  |  |
| --- | --- |
| ●●●●学校長 | ●● ●● |
| 年　　　　組 | （氏名） |

貴医にて治療中の上記児童／生徒につきまして、病状回復後、他者へ感染する恐れがないと認められましたら、下記の証明書に記入いただき、当該児童／生徒にお渡しくださいますようお願い申し上げます。

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**＜登校許可証明書＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 疾病名 |  |
| 治療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 登校許可日 | 年　　　月　　　日　より |

上記の疾患について、他者への感染の恐れがないと認められるため、登校を許可します。

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地： |  |
| 医療機関名： |  |
| 担当医師： |  |