

登 校 許 可 証 明 書

学籍番号 _____ 氏名 _____

病名 _____

上記の者は、
西暦 年 月 日より 西暦 年 月 日まで

西暦 年 月 日から登校してよい事を
頭書の疾病で療養とし、

証明する。

※備考

年 月 日

医療機関名

医師名 _____

登 校 許 可 証 明 書

学籍番号 _____ 氏名 _____

病名 _____

上記の者は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日より _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

頭書の疾病で療養とし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登校してよい事を

証明する。

※備考

年 月 日

医療機関名

医師名 _____