

登校許可書

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学部・学科 _____

学籍番号 _____

氏名 _____

下記のとおり証明・報告します。

1 診断名 _____

2 登校停止の期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記疾患に関しては伝染のおそれがないと認めるので、登校を許可します。

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印