

令和 年 月 日

富山県立となみ総合支援学校長 様

住 所

病院名

医師氏名

学校感染症について（登校許可証明書）

下記の者は、学校保健安全法施行規則第19条の基準に達したので、学校への出席はさしつかえないと認めます。

記

1. 児童生徒氏名

2. 病 名

3. 初 診

令和 年 月 日

4. 学校への出席日

令和 年 月 日

5. 指示・連絡事項

