

登 校 許 可 証

平成 年 月 日

富山県立高岡南高等学校長 殿

住所 _____

医師

氏名 _____ 印

学 校 感 染 症 に つ い て （ 通 知 ）

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. 生徒名

年 組

2. 病 名

3. 初 診

平成 年 月 日 (発症 月 日)

4. 学校への出席日

平成 年 月 日 から

5. 指示・指導事項
