

## 感染症登校許可書

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名 \_\_\_\_\_

上記感染症のため

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

(入院・自宅) 治療及び療養を (要します・要しました)。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から登校を許可します。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_