

大岡学園高等専修学校 学校長 様

登校許可証明書

____年 ____組 氏名 _____

病名 _____

上記の学校伝染病で、平成 ____年 ____月 ____日から療養中であったが、

伝染の恐れがないものと認め、平成 ____年 ____月 ____日より登校を許可します。

平成 ____年 ____月 ____日

病 院 名

医師氏名 _____ 印