

登校許可証

聖心女子学院 初等科 年 組 番

氏名

生年月日 年 月 日

病名

出席停止期間： 年 月 日～ 年 月 日

(出席停止の日数については別紙をご参照ください。)

上記疾患の治癒または感染の恐れがなくなったため、

年 月 日より登校可能と認めます。

年 月 日

医療機関名：

住所：

医師名：

印