

ご担当医師 様

流通経済大学附属柏高等学校
校 長 林 静 男

本校では学校感染症による出席停止の生徒が再登校する際に下記の証明書（登校許可・治癒）の提出をお願いしています。

お手数をおかけしますがご記入をお願いいたします。

年 組 番 氏名 _____

保護者名 _____

.....

証 明 書 (登 校 許 可 ・ 治 癒)

学校感染症名

上記は感染の恐れがなく、登校して差し支えないものと認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名