**主治医 様**

 本生徒について、完治しましたら下記にご証明いただきますようお願いいたします。

学校法人松柏学院倉吉北高等学校長

**登　校　許　可　書**

学校法人松柏学院倉吉北高等学校長　様

　　年　　　　　科・コース　　生徒氏名

病名

　　　　　　　月　　　　日からの登校を許可します

　　 平成　　　年 月 日

 医師名 　　　　 印

 （ ） 年（ ）組 生徒氏名 （ ）

 病名･･･（ ）

 （ ）月 （ ）日からの 登校を許可します。

**－インフルエンザ用－**

 **保護者 様**

インフルエンザの場合、保護者が下記の事項を医師に確認の上「登校願」に記入してください。生徒が登校する際、生徒に持たせて担任に提出してください。

**登　校　願**

　　年　　　　　科・コース　　生徒氏名

＊医療機関名

＊診断名　　　　　　　インフルエンザ（　　　型）

＊受診日　　　平成　　　　年　　　月　　　日

＊発症日　　　　　　　　　　　　　月　　　日

　＊解熱した日　　　　　　　　　　　　　月　　　日

＊登校する日　　　　　　　　　　　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印