

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

ーインフルエンザ用ー

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