

登校許可証明書

多摩大学附属聖ヶ丘中学高等学校

年 組 番 氏名

診断名	
療養期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
登校許可日	<u>年 月 日 ()</u>
特記事項	

上記の者、感染症で療養中のところ快癒したので、登校を許可します。

年 月 日

住所：

医師名： _____ (印)