

学校感染症の「登校許可証」

東京都立立川緑高等学校長 殿

_____年次_____組 氏名_____

下記の疾患について、____月____日に医師の診断を受けました。

このため、____月____日（ ）から____月____日（ ）まで欠席させてい
ましたが、登校させますのでご連絡します。

令和_____年_____月_____日

保護者名_____

病名	
医療機関	医療機関名 医師名 電話番号
連絡事項	

*病気の状況により、医師の証明書が必要な場合もあります。