

登校許可証明書

富山県立富山聴覚総合支援学校

学部 年 組

氏名 _____

病名_____

上記の疾病で、令和 年 月 日から
令和 年 月 日までの 日間
療養中であつたが、主要症状が消退し、感染のおそれがないものと認めます。

令和 年 月 日

醫師

住 所_____

氏 名 _____ 印 _____