

令和 年 月 日

富山県立大門高等学校長 殿

医療機関所在地及び名称

氏 名 印

学校における感染症について

下記の者は、学校保健安全法施行規則第 19 条の基準に達したので、学校への出席は差し支えないことを認めます。

記

- 1 生徒氏名 年 組 氏名
- 2 病 名
- 3 初診日 令和 年 月 日
- 4 学校への出席日 令和 年 月 日から
- 5 指導事項等