

主治医 様

大阪府立福井高等学校長

## 登校許可証記入のお願い

学校において予防すべき感染症に罹患した場合、本校では医師の証明により登校を許可します。ご面倒ですが、下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

---

## 登 校 許 可 証

大阪府立福井高等学校

年 組 番

名 前 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

出席停止期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

上記疾患で加療中のところ、治癒しましたので

月 日より登校してよいことを認めます。

令和 年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

印