

登校許可証明書

城西大学附属城西中学校・高等学校

学 校 長 殿

中学・高校 _____ 年 _____ 組

生徒氏名 _____

病 名

出席停止期間

月 日 (曜日) ～ 月 日 (曜日)

上記の生徒の疾病は治癒し、または他の生徒に伝染のおそれがない
と認められましたので登校を許可します。

登校を許可
する日 月 日 (曜日) より

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____

