

平成 年 月 日

富山県立高岡工芸高等学校長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

学校における感染症について

下記の者について、学校保健安全法施行規則第19条の基準に達したので、登校して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 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

4 学校への出席日 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 から \_\_\_\_\_

5 指示・指導事項  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_