

医 師 様

この度（ 年 組 ）が、お世話になります。

学校保健安全法第 19 条に該当する生徒において、学校長は医師の意見を聞いて
処置することになっておりますので、登校許可証明書をよろしくお願い致します。

平成 年 月 日

東大阪大学柏原高等学校

校長 寺川 誠

登 校 許 可 証 明 書

年 組
平成 年 月 日生まれ

氏 名 _____

1、上記の生徒は（ ）の主要症状が消退し、もはや感染
のおそれがないものと認め、登校を許可します。

〔 登校停止期間 平成 年 月 日 ～ 月 日まで 〕

2、その他（ ）

平成 年 月 日

医療機関住所
医療機関名称
医 師 名

印