

令和 年 月 日

富山県立高岡高等学校長 様

住 所

医師氏名 _____

学校における感染症について（通知）

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と認めます。

記

1 生徒氏名 _____ 年 組 氏名 _____

2 病 名 _____

3 初 診 _____ 令和 年 月 日 _____

4 学校への出席日 _____ 令和 年 月 日から _____

5 指示・指導事項
