医療機関名		
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

生徒氏名	年		組	氏名	
病 名					
初診日	令和	年		月	<u>日</u>
学校への出席日	<u>令和</u>	年		月	日か <u>ら</u>
指示・指導事項					
	病 名 初 診 日 学校への出席日	病 名 初 診 日 <u>令和</u> 学校への出席日 <u>令和</u>	病 名 初 診 日 <u>令和 年</u> 学校への出席日 <u>今和 年</u>	病 名 初 診 日 <u>令和 年</u> 学校への出席日 <u>令和 年</u>	病 名 初 診 日 <u>令和 年 月</u> 学校への出席日 <u>令和 年 月</u>