

令和 年 月 日

富山県立高岡高等学校長 殿

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

1 生徒氏名 年 組 氏名

---

2 病 名

---

3 初 診 日 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

---

---

---

