

平成 年 月 日

富山県立中央農業高等学校長 殿

医療機関名

医師氏名 _____ 印

学校感染症について(通知)

下記の者は、主要症状が消失し伝染のおそれがないと認めますので、学校への登校は差し支えないことを証明します。

記

1. 生徒氏名 _____年 _____組 氏名_____

2. 病 名 _____

3. 初 診 日 平成 年 月 日

4. 学校への出席日 平成 年 月 日 から

5. その他、指導事項等