

兵庫県立須磨友が丘高等学校長様

登 校 許 可 願

年 組 番 氏 名

病 名 :

出席停止の期間

令和 年 月 日 より

令和 年 月 日 まで

医療機関名

頭書の疾病により療養中のところ、出席停止の期間が終了し、予防上支障がないと認められる状態に快復したので登校させます。

令和 年 月 日

保護者氏名

* 保護者の方が記入してください

* 薬の説明書や医療機関の明細書等、感染症の治療をしたことが分かるものを必ず添付してください。（コピーで可）