

# 登校許可証明書

横浜隼人中学・高等学校長 宛

中学・高校 年 組 氏名

病 名

治療期間 年 月 日より

年 月 日まで

上記疾患はほぼ治癒し、他に感染するおそれがなく、登校しても  
差し支えがないものと認める。

年 月 日

医療機関名

医師名 印