

平成 年 月 日

富山県立呉羽高等学校長殿

医師 住所
氏名

印

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、学校への出席にはさしつかえないと認めます。

記

1 氏 名 _____ H 番 _____

2 病 名 _____

3 初 診 平成 年 月 日（ ）

4 学校への出席日 平成 年 月 日（ ）から

5 指示・指導事項
