

平成 年 月 日

富山県立氷見高等学校長 殿

住所

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 \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---