

十文字中学・高等学校長 殿

登 校 許 可 書

十文字中学・高等学校

____学年____組 氏名_____

記

病 名 : _____

治療期間： 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

上記の疾患により加療中でしたが伝染のおそれがないと認めます。

平成 年 月 日

病院名

医師氏名 _____ 印