

十文字中学・高等学校長

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 : 年 月 日 ~ 年 月 日

上記の疾病により加療中でしたが伝染の恐れがないと認めます。

年 月 日

病院名

医師氏名_____印