

令和 年 月 日

富山県立砺波高等学校長 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 氏名
- 2 病 名 _____
- 3 初 診 令和 年 月 日
- 4 学校への出席日 令和 年 月 日から
- 5 指示・指導事項
