

学校感染症登校許可書

神戸学院大学附属中学校・高等学校

校長 芦田 光巨 宛

神戸学院大学附属 中学校

高等学校 _____ 学年 _____ 組 _____ 番

生徒氏名

_____ 男・女

診断名

発症年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の生徒は、上記疾病により登校を停止していましたが、

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 から登校を許可しました。

病院住所

病院電話番号

病院名

医師名

印

記入年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

※この資料は個人情報保護法を遵守し、本校における、教育活動のみに使用します。
保健室において管理し、卒業時に破棄します。