

主治医様

豊島区立池袋第三小学校

学年 組・氏名

生年月日 年 月 日生

上記の者について、登校（園）を許可する場合は、証明をお願いいたします。

登校許可証

病 名 _____

出席停止期間 _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

上記の者について、登校（園）を許可します。

令和 年 月 日

校（園）長 様

医療機関名

医 師 名 _____

（注）◎医療機関の方へ

- ・上記の者について、登校を許可する場合は、証明をお願いいたします。
- ・学校医の方は、担当校の児童等に関する登校許可証の文書料については、無料としていただきますようお願いいたします。

◎保護者の方へ

- ・所属校の学校医以外の場合、所定の文書料がかかることがあります。詳しくは、受診される医療機関へお問い合わせください。
- ・登校する際に本用紙を学校にご持参ください。