

主 治 医 様

豊島区立富士見台小学校

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（園）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（園）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（園）の児童等に関する登校（園）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。