

学校感染症治癒に伴う登校許可願い

東京都立東久留米特別支援学校長 殿

年 組 氏名

保護者署名

年 月 日に感染症 _____ と医師の診断を受けました。

年 月 日から休養・加療をしていましたが、下記の医療機関より、

年 月 日から登校してよいとの許可をいただいたことを届け出ます。

※保護者が記入して、担任に提出してください。

医療機関名 _____

診察年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日