

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

普通科・職能開発科 _____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