登園許可書

Stars & Stripes English
事務局ご担当者様

患者名：

初診年月日：西暦　　年　　月　　日

病名：

他の生徒へ感染等の恐れがなく、完治しましたので登校の許可を致します。

西暦　　年　　月　　日

病院名：

担当医：　　印

住所：

電話番号：