

登校許可願

明治大学付属世田谷中学校・高等学校長 殿

中・高 年 組 番 氏名

診断名 インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス

出席停止期間

月 日 () ~ 月 日 ()

受診医療機関 医療機関名

電話 ()

診察 (診断) 日 月 日 ()

上記の者は、(インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス) に罹患したため自宅療養をしておりましたが、発症した後5日間経過かつ解熱後2日間経過し、症状が改善しましたので登校したくお願い申し上げます。

年 月 日

保護者名 _____ 印