

学校感染症による就業許可証

関西大倉中・高等学校 教職員

所属・教科 _____

氏名 _____

病名 _____

上記病症で、平成 年 月 日から療養中であったが、
主要症状が消退し、もはや感染のおそれがないものと認め、
平成 年 月 日より就業停止を解除します。

平成 年 月 日

医療機関名

主治医名

印