

学校伝染病罹患届

平成 年 月 日

東北学院中学校・高等学校長殿

中・高 _____ 学年 _____ 組 _____ 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

上記の者は、() に罹患し、医師より治療を申し渡されましたので、お届けいたします。

(1) 診断・治療を受けた医療機関

医療機関名 _____

医師名 _____ (印)

(2) 出校せず治療を受けた期間

自 _____ 月 _____ 日 (曜日)

至 _____ 月 _____ 日 (曜日) _____ 日間

⑤	④	③	②	①	⑥
校長	副校長	教務主任	学年主任	組担任	養護教諭