

学校感染症罹患届

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 _____ ㊟

上記の者は、医師より学校感染症（ _____ ）との診断を受け、療養しており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 _____

(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

※ 医師の証明は必要ありません。

治癒し、医師から登校の許可が出ましたら、保護者の方がご記入の上、担任まで提出してください。

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