

平成 年 月 日

下北沢成徳高等学校長 殿

保護者氏名 印

学校感染症罹患届出

下記の通り診断を受けましたので、学校感染症の届け出をいたします。

学年・組 _____

生徒氏名 _____

学校感染症罹患報告書

1. 氏名

2. 病名

3. 療養期間（出席停止期間）

月 日 ～ 月 日

4. 備考（指導事項など）

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名 印