

学 校 感 染 症 の 連 絡

年 組

生徒名

生年月日 平成 年 月 日 生

◇以下 医療機関記載欄

病 名

発症日 月 日

上記の通り、診断いたしましたので

月 日から 日間 学校を休ませてください。

(日数には休日を含む)

令和 年 月 日

医療機関(医師)名 印またはサイン

※ 印またはサインがない場合は、医療機関を受診したことがわかる書類(病院の支払い明細や処方箋など)を添付してください。

※ 市販の検査キットで感染が判明した場合は上の欄に「市販の検査キットで判明しました」と書き入れ、保護者氏名の署名と印をお願いします。