

保護者様へ

本用紙は、医師の指示に従って、下線部を保護者をご記入ください。
医療機関の文書による証明の必要はありません。

学校感染症療養状況報告書

三重県立伊勢まなび高等学校長 宛

_____年 _____組 _____番

_____名 前 _____

1. 病 名 _____

2. 診断された医療機関名 _____

3. 出席を控えた期間 _____年 _____月 _____日から
(医師の指示による)
_____年 _____月 _____日まで

上記疾患に罹患したことを報告します。

_____年 _____月 _____日

_____保護者様 (自署)

※学校記入欄

担任	保健