

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。

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