

保護者様

医療機関で学校において予防すべき感染症と診断されましたら、この報告書に保護様等がご記入ください。医療機関の証明は必要ありません。（〔医療機関業務の負担軽減〕R4年10月19日文科省通知による）

感 染 症 報 告 書

三重県立昂学園高等学校長 宛

年 組 名前 _____

病名 _____

出席停止を要した期間

月 日から 月 日まで 日間 _____

上記疾患に罹患したことを報告します。

令和 年 月 日

保護者等名 _____

受診した医療機関名 _____