

校長	教頭	教務部長	学年主任	担任	保健主事	養護教諭 (戻り)

令和 年 月 日

創学館高等学校長 殿

学校感染症による出席停止に伴う受診報告書

年 組 番 生徒氏名 _____

1 医療機関名 _____ (_____ 市・町)

2 病 名 _____

3 発 症 日 令和 年 月 日 ()

4 欠 席 期 間 令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()

5 生活上の注意事項や学校への連絡事項など

上記のとおり受診したことを報告します。

令和 年 月 日

保護者名 _____ (印)

※受診を証明する書類(薬の説明書・医療機関領収証等コピー)を必ず添付してください。

※1週間以上の出席停止等の場合、医師の証明を求める場合があります。