

校長	教頭	教務部長	学年主任	担任	養護教諭 (戻り)

平成 年 月 日

山形電波工業高等学校長 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 治療期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

(出席停止期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日)

4 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。

平成 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。