

担任	教務	教頭	保健室

保健室保管

学校感染症罹患届

中・高 年 組 番 氏名()

発症日	月 日() 体温 °C
症状消失日	月 日()
欠席期間	月 日() ~ 月 日()
医療機関受診日	月 日()
医療機関名	
診断名	
備考	

上記の記載事項に相違ないことを証明します。

※受診や処置を証明する資料(診療報酬明細書や処方箋のコピーなど)を裏面添付

年 月 日

保護者氏名

印