

学校感染症罹患報告書

令和 年 月 日

京都府立宮津天橋高等学校長 様

下記のとおり医師より診断を受けましたので報告します。

記

出席番号	年 組 番 (学舎)
氏 名	
診 断 名	
受 診 日	令和 年 月 日 ()
欠 席 期 間	令和 年 月 日 ()曜日()限 ～ 令和 年 月 日 ()曜日()限
受 診 機 関	
病院からの指示事項	

*病院受診をしたことが分かる書類(薬の説明書や診療明細書など)を添付して持参をお願いします。確認後は、返却します。

保護者等氏名