

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	
受 診 日	令和 年 月 日 ()
受診した医療機関	
診断された疾患名	
発 症 日	令和 年 月 日 ()
欠 席 期 間	令和 年 月 日 ()曜日()限から 令和 年 月 日 ()曜日()限まで
病院からの指示事項	

*この書類は、保護者等が黒のボールペンで記入してください。

*医療機関等が発行する検査結果や調剤明細書、薬剤情報提供書、薬の説明書などいずれかを添付してください。(コピーして返却します)

保護者等氏名
