**学 校 感 染 症 欠 席 届**

**京都府立園部高等学校長　様**

**京都府立園部高等学校附属中学校長　様**

**生徒氏名 　 （　　年　　組　　　番）**

**病 名**

**医療機関名**

**住所**

**電話番号**

**上記疾患のため、次の期間欠席が必要と診断されましたので、届けます。**

**令和　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　限から**

**令和　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　限まで**

**令和　　　年　　　　月　　　　日**

**保護者氏名**

**医療機関名・日付が入った受診したことがわかるもののコピー　添付欄**

**例えば・・・**

**・領収書**

**・薬の袋**

**・薬の説明書　等**