

出席停止報告書

令和 年 月 日

明聖高等学校中野キャンパス長 様

年 組 番 生徒氏名

保護者氏名

(保護者自筆)

※□のどちらかにチェックしてください。

- 医療機関にて学校感染症と診断され、療養に必要な期間が終了したことを報告します。
- 学校感染症の疑いがあったので、医療機関を受診しましたので報告します。

1. 感染症名 _____

2. 受診日 令和 年 月 日

3. 医療機関名 _____

※学校感染症と診断された場合には、以下の項目にも回答してください。

4. 発症日 令和 年 月 日

5. 療養期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

この書類と一緒に医療機関の受診が分かる資料「調剤説明書や領収書等(氏名・日付・医療機関名などの記載があるもの)」を添付(コピー可)して、担任に提出してください。