|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 校長 | 教頭 | 教務主任 | 養護教諭 | 担任 | 受領年月日 |
|  |  |  |  |  | 令和　　年　　月　　日 |

感染症届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　組　　番　　生徒氏名

次の事由により、令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日まで欠席が必要と診断されましたので、お届けします。

登校に支障がないまでに治癒したことを報告します。

　**発症日**　　令和　　年　　　月　　　日（　　　）

　**感染症名**

　　**医療機関名**

　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　令和　　　年　　　月　　　日

　茨城県立日立第一高等学校附属中学校長　殿

* **診療明細書または、調剤明細書等のコピーを添付してください。**