

平成 年 月 日

明秀学園日立高等学校長殿

申請者名(保護者名) _____ 印

学校感染症治療報告書(出席停止扱い願)

生徒氏名 _____ (年 組 番)

上記の者、下記の通り感染症治療を行い、医師からの登校許可が下りましたので、出席停止扱いをお願いいたします。

記

- 1 診断名 _____
- 2 診断された病院名 _____
- 3 出席停止指示日(受診日) 平成 年 月 日
- 4 出席停止期間(医師から指示を受けた期間)
自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日
- 5 申請日 平成 年 月 日

※ここに医療機関で発行された治療が確認できる書類(土)処方箋や調剤説明書のコピー等で、患者名・日付・薬剤名・医療機関名等が記入されたもの)の添付して下さい。