

令和 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) 令和 年 月 日
- 4 出席停止期間(医師から指示を受けた期間)
自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日
- 5 申請日 令和 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(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)を添付して下さい。

以上