

学校感染症治癒届

東京都立東久留米総合高等学校長 殿

年 組 氏名

下記の疾患について、 月 日に医師の診断を受けました。

このため、 月 日から 月 日まで欠席させていましたが、
登校させますのでご連絡します。

疾 患 名 : _____

受診した医療機関名 : _____

電話番号 : _____

令和 年 月 日

保護者氏名（自署）_____

- * 受診されました医療機関の領収書（レシート）のコピーを貼りつけてください。
（原本はご家庭で保管してください。）

〈貼りつけ欄〉

* 病気の状況により医師の証明書を提出して頂く場合があります。