

学 校 感 染 症 療 養 届

東京都立葛飾総合高等学校

年 組 番 氏名 _____

診 断 名 _____

治癒までの期間

年 月 日～ 年 月 日

所見（症状） _____

医療機関名 _____

令和 年 月 日

（保護者による記入の場合）保護者氏名 _____ 印

【書類提出の仕方】 生徒（保護者）→担任→保健室

1. 学校感染症について、上の届けを医師に記入してもらい、担任へ提出する。
2. 医師による証明を受けることが難しい場合は、保護者が該当箇所をすべて記入し、
署名・捺印の上、提出する。