学校感染症罹（り）患届

東京都立国分寺高等学校長　殿

　　年　　組　　番　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の感染症に罹患し、医師の指示した期間療養して回復したため登校します。

感染症名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

療養期間（出席停止期間）

令和　　年　　月　　日（　　）～　令和　　年　　月　　日（　　）

備考　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診した医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出年月日　令和　　年　　月　　日

保護者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　必要に応じて学校から医療機関に確認を取ることがあります。

※　新型コロナウイルス感染症について、家庭における簡易検査により陽性になった場合などは、その経緯等を「備考」に御記入ください。