

学校感染症による欠席届

東京都立駒場高等学校長 殿

年 H 番

下記の疾患について 令和 年 月 日に医師の診断を受け

自 月 日 から 至 月 日の期間

欠席しました。

医師の登校許可を得ましたので、登校させます。

病 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）