**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）