

学校感染症による欠席届

東京都立町田高等学校長殿

_____年_____組 _____番 氏名_____

下記の疾患について、医師の診断を受け欠席させていましたが、登校させますのでご連絡します。

病 名 : _____

診断を受けた日 : _____年____月____日

出席停止期間 : _____年____月____日 から _____月____日まで

登 校 の 許 可 : _____年____月____日より

受診した医療機関名 : _____

電話番号 : _____

令和____年____月____日

**この用紙の
記入は保護者です**

保護者自署_____

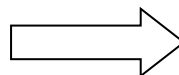
*受診が確認できる書類（薬の説明書、病院の領収書等）のコピーを添付して登校初日に担任に提出してください。なお、ご提出いただいた書類の返却はできません。

*病気の状況により、医師の証明書を提出していただく場合があります

学校処理欄 ※担任と保健室はコピー。教務が原本を保管する

担任

保健室



教務