

## 学校感染症による欠席届（保護者が記入）

都立紅葉川高等学校長 殿

年 組 氏名

下記の疾患により療養しておりましたが、医師より感染の恐れがないと認められましたのでご連絡いたします。

病 名

療養期間

令和 年 月 日 ～ 月 日まで

医療機関名

電話番号

令和 年 月 日

保護者氏名