

# 学校感染症罹患報告

東京都立武蔵野北高等学校長 殿

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番 氏名 \_\_\_\_\_

下記の疾患について、 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に医師の診断を受けました。

このため、 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 から \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで欠席させていましたが、  
本日 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日より登校させますのでご連絡します。

診 断 名 \_\_\_\_\_

発 症 日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_ )

受診した医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医療機関電話番号 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

保護者氏名 \_\_\_\_\_