

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 _____