

## 感染症による欠席届

東京都立大田桜台高等学校長 殿

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

下記疾患について、  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、

本日より登校させますのでご連絡します。

診断名 : \_\_\_\_\_

受診した医療機関名 : \_\_\_\_\_

医師氏名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印