

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