

受付番号	
------	--

(様式追1)(A4判)

インフルエンザ等学校感染症罹患^り者等に対する措置申請書

東京都立両国高等学校附属中学校長 殿

年 月 日

志願者	フリガナ 氏 名	_____
	生年月日	_____年____月____日生
保護者	住 所	_____
	氏 名	_____
	(自 署)	
	電 話	_____

東京都立中学校及び東京都立中学校入学者決定に関する実施要綱の規定により、インフルエンザ等学校感染症罹患者等に対する措置を下記のとおり申請します。

記

- 1 志願校名 東京都立両国高等学校附属中学校
- 2 申請理由（インフルエンザ等の学校感染症に罹患した状況（小学校における欠席年月日、症状等）などについて、具体的に記入してください。）

発生年月日	年	月	日（頃）
状 況			

- (注意)
- 1 本申請書は、状況発生後直ちに作成し、追検査の出願受付日に志願校の校長宛てに持参により提出してください。
- 2 本申請書を提出する際は、医療機関の証明書又は小学校長が出席停止の措置を行ったことについて証明する書類（様式任意）及び受検票（一般枠募集の出願の際に出願サイト上で交付されたもの）が必要となります。