

学校感染症による欠席届

東京都立墨田川高等学校長 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、登校させていただきますのでご連絡します。

病 名； _____

受診した医療機関名； _____

医療機関の電話番号； _____

____年 ____月 ____日

保護者名； _____

* 保護者が記入し、担任へ提出ください。

病気の状況により、医師の証明書を提出していただく場合があります。

