

学校感染症罹患届

年 月 日

東北学院榴ヶ岡高等学校長 殿

_____年 _____組 _____番

生徒氏名 _____

保護者名 _____ 印

私儀、（ _____ ）に罹患し、医師より
治療を申し渡されましたので、お届けいたします。

(1) 診断、治療を受けた医療機関名

_____ TEL _____ (_____) - _____

(2) 出校せず治療を受けた期間

自 _____月 _____日 (_____ 曜日) ~ _____月 _____日 (_____ 曜日) _____日間

(3) 裏面に、医療機関の領収書と診療費明細書のコピーを、それぞれ貼り付けてください。