## 学校感染症罹患届

	年	月	日
東北学院榴ケ岡高等学校長 殿			
年組_	番		
生徒氏名			
保護者名 <u></u>			
私儀、( )に罹患し、B 治療を申し渡されましたので、お届けいたします。	医師より		
(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(	醒日)	日間	
(3) 車面に 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	ください	