

# 学校感染症罹患届

平成 年 月 日

東北学院榴ヶ岡高等学校長 殿

第 学年 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。