

令和 年 月 日

担当医 様

県立姫路南高等学校

学校感染症罹患届について（ご依頼）

学校感染症の療養期間について、ご指示をお願い申し上げます。

～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～

学校長 様

年 組 番

生徒名

保護者名

下記の期間、学校感染症に罹患しており、登校できませんでしたので、お届けします。

病名

期間 令和 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）まで

受診医療機関名

※罹患の事実を示すもの（検査結果や処方箋の写し等）を添付してください。