保護者 様

治癒報告書について（依頼）

標記の件につきまして、医師により感染の恐れがないと認められましたら、保護者がご記入ください。治療後の登校日に必ず担任へ提出してください。

教務部	保健部	学年主任	学級担任

令和　　年　　月　　日

治癒報告書

県立西宮北高等学校長 様

年　　組　　番

生徒名

保護者名

受診した医療機関名：

診断名：

上記の疾病により、令和　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）の期間、疾病により加療中のところ、予防上支障がないものと認められましたことを報告します。

※添付書類：医療機関発行の薬の説明書等、本人の名前及び受診日が記載されているもの