

校長	教頭	事務長	教務	保健	養護教諭	担任	副担任

インフルエンザ等の感染症に罹患した場合、学校保健安全法第19条の規定により、出席停止となります。医療機関で診断を受けましたら、下記の『学校感染症罹患届』に保護者により必要事項を記入の上、担任にご提出ください。

兵庫県立龍野北高等学校長（定時制課程） 様

学校感染症罹患届

生徒氏名 _____ 年 組 番 氏名 _____

下記の診断により、医師の指示に基づいて療養していたことを報告します。

診 断 名 _____

出席停止期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 より
 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで
 *期間は必ず医師に確認し指示に従ってください

受診医療機関名 _____
 (受診日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印

<注意事項>

- 医療機関を受診したことのわかるもの（コピー）を添付ください。
 (領収書や処方箋等の氏名、受診年月日、医療機関名が記載されたもの)
- 診断書は必要ありません。
- 診断内容によっては、別途用紙の記入を依頼することがあります。