

主治医様

兵庫県立夢前高等学校
校長 藤原 良光

学校感染症発生連絡票の依頼について

ご多忙なところ申し訳ございませんが、標記の件、よろしくお願いいたします。

学校感染症発生連絡票

第 学年 組 番
氏名

疾患名

上記疾病にて出席停止

年 月 日 ~ 年 月 日
(日間)

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

(学校使用欄) この用紙は医療機関で証明を受けた後、下記の順にお願いします。

生徒・保護者 → 担任 → 教務部 → 保健室(最終保管場所)

教務部
確認印