

(様式2)

学校感染症届

令和 年 月 日

兵庫県立加古川北高等学校長 様

年 組 番 生徒氏名

保護者氏名

印

下記のとおり学校感染症と診断されたことを届け出ます。

記

医療機関記入

病名

療養(出席停止)を要する期間

月 日() ~ 月 日()

令和 年 月 日

医療機関名

印