

令和 年 月 日

岐阜県立岐阜清流高等特別支援学校長 様

学校感染症への罹患報告書

このことについて、下記のとおり学校において予防すべき感染症に罹患しましたので、報告します。

記

生徒名	年 組 番 氏名
保護者名	印
病 名	
医療機関名	
医師に診断された日	令和 年 月 日 ()
医師に指示された 欠席期間	月 日 () ～ 月 日 ()

- 受診を証明できるもの（薬の説明書のコピー等）を裏面に添付してください。
- 登校につきましては、医師の指示に従ってください。

【添付欄】 薬の説明書のコピー等をここに貼ってください。