

校 長	教 頭	教務主任	保厚部長	学年主任	担 任

保護者記入

※医療費明細書または処方薬がわかるものを添付してください。
(氏名，日付が入っていること。コピー可。)

感染症治癒報告書

茨城県立波崎柳川高等学校長 殿

医師による診断の上，規定の日数を療養後，登校に支障ないことを下記のとおり報告します。

記

1 氏 名 年 組 _____

2 病 名 _____

3 出席停止期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

4 受診医療機関名 _____

5 受診(指示)年月日 平成 年 月 日 _____

平成 年 月 日

保護者氏名

印