

中部大学春日丘高等学校長 様

年 組 番 氏名

## 学校感染症罹患申告書

保護者の方で必要事項を記入のうえ、担任に提出してください。

1 感染症名 \_\_\_\_\_

2 出席停止期間 年 月 日 から  
年 月 日 まで

3 受診医療機関名 \_\_\_\_\_

受診日 年 月 日

保護者氏名 (自署) \_\_\_\_\_

\* 「処方された薬の説明書」等を裏面にのり付けしてください。(写し可)

【本人氏名・日付けが入っているもの1枚】

\* 申告の流れ

