

感染症罹患届

診断名 _____

期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

受診した医療機関名 _____

医療機関で診断を受け、上記の通りでした。

_____ R No. _____ 生徒氏名 _____

_____ 保護者名 _____

◎この用紙は保護者が記入してください。

◎受診日のわかる医療機関や調剤薬局の領収書、レシート等を添付してください。

(コピーをとってお返しします。) **※診断書は不要です。**