

藤嶺学園藤沢中・高等学校長 殿

校長	教頭	担任

## 学校感染症報告書

\_\_\_\_\_年 組 番 氏名

下記のとおり診断いたしましたので報告いたします。

○ 病 名 ・ 診 断 名

○ 診 断 日

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

○ 出 席 停 止 期 間

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
( \_\_\_\_\_日間)

※学校保健安全法施行規則及び医師の指示に従います。

(記入日) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住 所

医療機関名

医 師 名