

愛知県立岩倉総合高等学校長 殿

感染症罹患報告書

年 組 番 氏名 _____

下記の感染症について、医師から感染のおそれがないと認められましたので登校させます。

1 病名

2 受診した医療機関名

3 出席停止の期間 _____年 月 日 () ~ _____年 月 日 ()
(この病気での欠席、前日の早退を含みます。)

年 月 日

保護者氏名 _____印