

白鷗大学足利高等学校長殿

学校感染症に関する登校申し出書（保護者記入）

_____コース _____年 _____組 _____番

生徒氏名_____

症状の出現	日付	月 日 ()
	症状	
医療機関受診	日時	月 日 () : ごろ
	医療機関名	TEL :
	診断名	
	出席停止期間	月 日 () ~ 月 日 () ※出席停止期間は、発症した日を0日目として数えます。
	解熱日時 または 症状回復日時	月 日 () : ごろ
その他 (学校にお知らせしたいこと)		

※ 医療機関を受診した際の出席停止の感染症に罹患したことがわかるもの(検査結果や診療明細書等)のコピーを合わせてご提出ください。

※ 出席停止期間は、医師の指示に従ってください。

医師からの指示に基づき、治癒しましたので登校を許可願います。

年 月 日

保護者氏名_____