

学校感染症に関する登校申出書

療養経過について

生徒名	年 組 番 氏名		
症状の出現	日時	月 日 ()	: 頃
	症状		
医療機関受診	日時	月 日 ()	: 頃
	医療機関名		
	診断名	・インフルエンザ (A型 B型 疑い) ・感染性胃腸炎 ・その他 ()	
	医師からの指示事項 (治療や登校について等)		
その他 学校への 連絡事項			
解熱した、 または症状が 消失した日時	月 日 ()	:	頃
出席停止期間	月 日 ()	~	月 日 ()

医師からの指示事項に基づき、本日より登校を再開いたします。

令和 年 月 日

保護者名

印