

* 受診した医療機関の領収書の写し（コピー）を裏面に貼付してください。

栃木県立上三川高等学校長 様

感染症に関する登校申し出書

療養経過について

生徒氏名	年 組 番 氏名		
症状の発現	日 時	月 日 () : ころ	
	症 状		
医療機関受診	日 時	月 日 () : ころ	
	医療機関名		
	診断名	☐ インフルエンザ (A型 B型) ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 感染性胃腸炎 ☐ その他 ()	
	医師からの指示事項 * 治療 (薬の処方) や登校について等		
その他 学校にお知らせ したいこと			
解熱した日 (主要症状消失日)	月 日 () : ころ		
出席停止期間	月 日 () ~ 月 日 ()		

医師からの指示事項に基づき、本日より登校させることとします。

令和 年 月 日

保護者氏名 印

校長	教頭	養護教諭	担任