

足利大学附属高等学校長 様

学校感染症に関する登校申し出書（保護者記入）

療養経過について

生徒名	年 組 番 氏名
-----	----------

症状の発現	日 時	月 日 () : ごろ
	症 状	
医療機関受診	日 時	月 日 () : ごろ
	医療機関名	
	診 断 名	麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ 流行性耳下腺炎 流行性角結膜炎 ・ インフルエンザ（A型・B型） 感染性胃腸炎 ・ その他 ()
	医師からの指示事項	
出席停止期間	令和 年 月 日 () ~ 月 日 () ※出席停止期間は医師の指示に従ってください。	
その他 学校にお知らせしたいこと		

医師からの指示に基づき治癒しましたので、本日より登校させることといたします。

令和 年 月 日

保護者名

印