主　治　医　様

日ノ本学園高等学校
校　長　　中川　守

学校感染症発生の連絡について（依頼）

下記の事項について、ご記入下さいますようお願い申し上げます。
（医師の捺印はサインのみでも結構です。）

学校感染症発生の連絡

日ノ本学園高等学校
第　　学年　　組

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．インフルエンザ（　　型）		２．百日咳
３．麻　し　ん	４．流行性耳下腺炎	５．風しん
６．水　　痘	７．咽頭結膜熱	８．結　核
９．その他の感染症　（　　）		

出席停止期間	令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日まで

上記疾病の感染のおそれがなくなったので、登校可能と認めます。

令和　　年　　月　　日

病院名
住　所
医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印