

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 年次 組

名 前

1 インフルエンザ（ 型）		
2 新型コロナウイルス感染症		3 百日咳
4 麻 し ん	5 流行性耳下腺炎	6 風しん
7 水 痘	8 咽頭結膜熱	9 結 核
10 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