

担任	保健室	保健係長	教務部長	教頭	総括教頭	校長

年 月 日

## 学校感染症について（届出）

\* 医療機関の証明・保護者の証明をお願いいたします。

\* 出校後、10日以内に担任へ提出してください。

### 医療機関記入欄

生徒氏名 \_\_\_\_\_

- 上記の者、診断結果は学校感染症に感染しています。
- 上記の者、診断結果は学校感染症には感染していません。

病 名 ( \_\_\_\_\_ )

出席停止期間                      年    月    日    ~    年    月    日まで

年    月    日

医療機関名

印

### 保護者記入欄

筑紫台高等学校長 殿

上記のとおりであることを連絡いたします。

年    月    日

\_\_\_\_\_ 科 (    コース )    年    組    番    生徒氏名

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

医療機関記入欄については、別途に文書料がかかる場合があります。  
その際は、保護者で負担をお願いいたします。