

年 月 日

秀英高等学校長殿

## 学校感染症罹患報告書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_組 \_\_\_\_\_番

氏 名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

○疾病名 \_\_\_\_\_

○発症日 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ※発症日：最初に具合が悪くなった日

○出席停止期間 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ～ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

学校保健安全法により出席停止となる疾病と診断されたため、上記の期間、病気療養を  
していたことをご報告いたします。

治癒後、登校初日に病院受診時の領収書等を添付のうえ、担任にご提出ください。  
(領収書は返却いたします。)