

令和 年 月 日

松江市立女子高等学校長 様

年 組 番

生徒氏名

保護者氏名 印

感染症等の報告

このことについて、下記の医療機関・医師により診断された疾患についてお知らせします。

記

- 診断名（疾患名） _____
- 上記疾患を診断された年月日 令和 年 月 日
- 学校を欠席した期間 令和 年 月 日～
年 月 日まで
- 診断した医療機関名 _____
- 診断した医師名 _____

※上記の病気が治癒し、診断をされた医師から（ 月 日）より登校の許可が出たので登校させます。