

平成 年 月 日

桜の聖母学院中学校・高等学校長 様

学校伝染病罹患報告書

学校伝染病と診断されましたのでご報告いたします。

中学・高校 年 組 氏名

保護者氏名 印

病 名	
受診年月日	平成 年 月 日
病 院 名	
病 院 住 所	
病院電話番号	

桜の聖母学院中学校・高等学校長 様

登校許可証明書

中学・高校 年 組 氏名

病名

月 日() より登校を許可します。

病院名/ 医師氏名 印

平成 年 月 日