

令和 年 月 日

桜の聖母学院中学校・高等学校長 様

## 学校感染症罹患報告書

学校感染症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   | 令和 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

令和 年 月 日