令和　　年　　月　　日

桜の聖母学院高等学校長　様

感染症罹患報告書

下記の感染症と診断されましたのでご報告いたします。

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	

桜の聖母学院高等学校長　様

登校許可証明書

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

令和　　年　　月　　日

桜の聖母学院高等学校長　様

通院報告書

定期試験中に欠席し、通院したことをご報告いたします。

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	

桜の聖母学院高等学校長　様

通院証明書

年　　組　氏名

病名

令和　　年　　月　　日　受診しました

病院名 / 医師氏名　　印

令和　　年　　月　　日