県立秦野総合高等学校長　様

令和　　年　　月　　日

学校感染症治癒報告書

年　　組　　番　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

学校感染症名	
発症日 （発熱などの症状が出た日）	令和　　年　　月　　日（　　）
診断を受けた日	令和　　年　　月　　日（　　）
出席停止を指示された期間	令和　　年　　月　　日（　　）から 令和　　年　　月　　日（　　）まで
診断を受けた医療機関名	
備　　考	

※「学校感染症」の種類については「学校感染症と休養する期間（出席停止）の目安」を参考にしてください。

※「学校感染症治癒報告書」は再登校後、１週間程度を目安に担任に提出をしてください。

※　証明をする書類は裏面に添付をしてください。

※　ご家庭で「学校感染症治癒報告書」が印刷できない場合は、再登校後に担任に申し出をして用紙をもらってください。