

## 学校感染症罹患による欠席報告書

発症した日 (発熱、倦怠感等の症状がみられた日)	年 月 日
医療機関受診日	年 月 日
受診した医療機関 (病院・医院等の名称)	
診断された病名	
解熱・症状軽快した日	年 月 日
学校を欠席した期間 (学校長が指示する出席停止期間と必ずしも一致するものではありません。)	年 月 日 ( 曜日) 限 から 年 月 日 ( 曜日) 限 まで

※インフルエンザ以外の感染症の場合は、罹患証明書もしくは診断書を添付してください。  
 ※インフルエンザの場合、インフルエンザの罹患がわかる書類(医療機関・調剤薬局から発行されたもので、生徒氏名、日付のあるもの)の写し等を添付してください。

滋賀県立堅田高等学校長 様

医師の指示に従い、上記のとおり学校を欠席(自宅療養)したことを報告します。

年 月 日

年 組 番 生徒氏名

保護者等氏名 印

(自署の場合は押印不要)

※学校記入欄

担任	教務課	保健室