

## 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 (最終教務課)

担任	保健室	教務課