

校 長	教 頭	教務部長	保健部長	学年主任	学級担任

インフルエンザによる出席停止に伴う治癒報告書

受 診 経 過

1	医療機関名				
2	受診年月日	平成	年	月	日
3	診断名および医師の指示	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>			
4	登校可能日	平成	年	月	日

上記のとおり受診しましたので報告します。

山形県立山形工業高等学校長 殿

平成 年 月 日

年 組 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

(印)

学 校 (担 任) 記 入 欄

1	出席停止を指示した年月日	平成	年	月	日
2	出席を停止させた期間	平成	年	月	日
3	参考となる事項	(予防接種 有 ・ 無)			

保管：保健部