

学校感染症による出席停止の報告

大阪府立桜塚高等学校 _____年 _____組 _____番

名 前 _____ (男・女)

下記の感染症により療養を指示していましたが、感染のおそれがきわめて少なくなったので、登校が可能であると判断します。

【 疾 病 名 】

【 出席停止期間（医師の指示による自宅で療養すべき期間） 】

年 月 日 () より

年 月 日 () までの (日間)

年 月 日

医療機関名： _____

医 師 名： _____ 印