|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 校　長 | 責任者 | 教　務  統括者 | 保　健  担　当 | 担　任 |
|  |  |  |  |  |

感染症治療報告書

　平成　　　年　　　月　　　日

愛知県立愛知総合工科高等学校長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　専攻科　学籍番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生徒氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名 　　　　　 　　　 　　印

１　診断名

２　出席停止期間

　　平成　　　年　　　月　　　日（　　　）から　　　月　　　日（　　　）まで

　　上記の期間、医師の指導の下、安静加療中であったことを報告します。

３　医療機関名

保護者の方でご記入いただき、感染症であることが証明できる用紙（検査結果用紙、インフルエンザ治療薬とわかる薬の説明書等）を添付の上、学校へご提出ください。