

校 長	責任者	教 務 統括者	保 健 担 当	担 任

感染症治療報告書

令和 年 月 日

愛知県立愛知総合工科高等学校長 殿

学籍番号 _____

生徒氏名 _____

保護者等氏名（自署） _____

1 出席停止の理由（該当項目にチェックをしてください）

診断名「 _____ 」

インフルエンザ（A型・B型）※わかる場合は○をつけてください

新型コロナウイルスに感染・療養のため

その他（ _____ ）

2 出席停止期間（土・日・祝日を含む）

令和 年 月 日（ ）から 月 日（ ）まで

保護者等で記入していただき、学校へ提出ください。

医療機関を受診した場合は、3に証明を受けるか、受診したことがわかる書類
（検査結果用紙・診療明細書・処方箋等）を添付してください。

3 受診日：令和 年 月 日

医療機関名

※期日：登校後1週間以内に学級担任へ提出