

横浜市立南高等学校附属中学校長 様

治 癒 届

下記の学校感染症により出席停止の指示を受けましたが、医師の登校許可を受けましたので届け出ます。

病 名	
医療機関名	
罹患期間	年 月 日 ~ 年 月 日
学年・組	年 組 番
生徒氏名	
保護者名	

※保護者の方が記載してください。