

令和 年 月 日

横浜市立南希望が丘中学校 宛

治 癒 届

保護者の方がご記入ください。診断書は必要ありません。

医師の診断結果（○をつけてください）

	百日咳		麻疹（はしか）
	風疹（三日はしか）		流行性耳下腺炎
	水痘（みずぼうそう）		インフルエンザ
	咽頭結膜熱		結核
	その他（ ）		

受診した医療機関

診断された日

令和 年 月 日

欠席期間

月 日（ ） ～ 月 日（ ）

生徒名

年 組

保護者氏名



提出：担任→養護教諭