年　　月　　日

学校感染症罹患･治癒届

潤 徳 女 子 高 等 学 校
学校長　橋本　勝衛 殿

年　　組　　番・氏名

保護者名　　印

上記生徒は、　　年　　月　　日から下記疾病で療養し、担当医師の指示により

　　年　　月　　日から登校致します。

病　名：

担当医師（医療機関）名

担当医療機関住所

担当医療機関電話番号

※この用紙は、保護者が記入してください。担当医師（医療機関）に記入してもらう必要はありません。