年　　月　　日

法定伝染病罹患･治癒届

潤 徳 女 子 高 等 学 校
学校長　木村美和子 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。