

担 任	保健室

# 学校感染症による欠席届

平成 年 月 日

(宛先)  
埼玉県立熊谷西高等学校長

年 組 番

生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり診断されましたので報告いたします

記

診 断 名	
症 状 等	
欠 席 期 間	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )
病院 (医院) 名	
” 所在地	市町村
” 電話番号	