|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 校長 | 教頭 | 教務課長 | 学年主任 | 担任 |
|  |  |  |  |  |  |

感染症り患報告書

令和　　年　　月　　日

愛媛県立新居浜商業高等学校長　様

 学年・組　　　年　　　組　　　番

 生徒氏名

 保護者氏名

１　病名

２　医療機関

３　療養期間 　令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日

※　裏面に、受診したことを確認できる書類のコピーを貼って提出してください。