

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。