

保護者の方が記入

川崎市立幸高等学校長 宛

学校感染症 治癒届

(インフルエンザ・コロナ以外の感染症)

年 組 番

氏 名

生年月日 年 月 日生

診断名 (病名)

(医療機関名

)

令和 年 月 日から上記の疾病で加療し療養中のところ医師より

令和 年 月 日に治癒したとの診断を受けましたので報告いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

※ 裏面に薬局から出される薬の説明書コピーを添付してください。