

必要時に御家庭でコピーするなどして御活用ください。

※この表は保護者の方が内容を医師に確認し、記入・押印をして提出してください。

保護者記入

治癒連絡表

(学校感染症による出席停止解除の連絡)

記入日： 年 月 日

都立八王子特別支援学校長 殿

小・中・高 年 組 児童・生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____

病 名 _____

発熱した日： 年 月 日

(発熱がなかった場合は未記入でよい)

医療機関で診断された日： 年 月 日

登校してもよい日： 年 月 日から

かかった医療機関名 _____

電話番号 _____

医師名 _____

※学校記入欄

出席停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日