

令和 年 月 日

担当医 様

大阪府立成城高等学校
定 時 制 の 課 程

学校感染症治癒報告書記入のお願い

日頃は、本校の教育活動並びに保健指導にご尽力を賜り、厚くお礼申し上げます。

先日、ご高診頂きました生徒について、学校保健安全法並びに同法施行規則に基づき、出席停止の手続きを行います。 つきましては、お忙しいところ申し訳ありませんが、下記の学校感染症治癒報告書にご記入のうえ、該当生徒へお渡しくださいますよう、お願いします。（出席停止の基準については別紙を参照ください。）

【本件の連絡先】 大阪府立成城高等学校 定時制の課程 保健室・職員室
TEL 06-6962-2802 FAX 06-6962-8932

大阪府立成城高等学校長 様
（定時制の課程）

学校感染症治癒報告書

年 組 番 名前

1、 診 断 名

2、 出席停止期間 令和 年 月 日 ～ 月 日

3、 その他注意事項等

上記のとおり、報告します。

令和 年 月 日

医療機関名

担当医名 印