

校長	副校長	中学主	中学保

## 感染症治療報告書

年 月 日

愛知県立愛知総合工科高等学校附属中学校長 殿

学年・組・番号 \_\_\_\_\_ 年 組 番

生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_  
(自署)

1 出席停止の理由 (該当項目にチェックをしてください)

- インフルエンザ ( A型 ・ B型 ) ※ 分かる場合は○を付けてください
- 新型コロナウイルス感染症
- その他の感染症 ( \_\_\_\_\_ )

2 出席停止期間 (土・日・祝日を含む)

\_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )

保護者が記入していただき、学校へご提出ください。

医療機関を受診したことがわかる書類の写し (診療明細書・調剤薬局の明細書・薬の説明書・お薬手帳等) を添付してください。

**※期限：登校後1週間以内に中学校職員へ提出**