

東京都立江東特別支援学校長 宛

学校感染症治癒に伴う登校の届け

普通科・職能開発科 _____年 _____組 氏名 _____

| | |
|--------|--|
| 病名 | インフルエンザ ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 咽頭結膜熱 ・ 溶連菌感染症 感染性胃腸炎 ・ 流行性嘔吐下痢症 ・ マイコプラズマ肺炎 その他 () |
| 発症日 | 令和 _____年 _____月 _____日 |
| 出席停止期間 | 令和 _____年 _____月 _____日から _____月 _____日まで (_____日間) |
| 医療機関名 | TEL: _____ |

令和 _____年 _____月 _____日

保護者名 _____

| | |
|--------------|--------------|
| 〈問合せ先〉 | |
| 東京都立江東特別支援学校 | |
| 保健室 | |
| 電話 | 03-3615-2341 |
| FAX | 03-3646-5893 |