

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

普通科・職能開発科 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_組 氏名\_\_\_\_\_

病名	インフルエンザ（ _____ 型）・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
----------------------------------------------------------------------