

学校伝染病罹患連絡票

[保護者記入欄]

学 校 名 岩手県立盛岡工業高等学校

科・学年 番号 科 年 番

氏 名

[医療機関記入欄]

1 罹患名 _____

2 受診年月日 平成 年 月 日

3 出席停止期間 平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 まで

4 その他連絡事項 _____

以上のとおり連絡します。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 _____