

主治医様

お手数をおかけいたしますが、下記に必要事項をご記入くださいますようお願いいたします。

治癒報告書

県立上越総合技術高等学校長 様

年 組 氏名

・病 名 ()

・出席停止期間
(令和 年 月 日) ~ (令和 年 月 日)

上記の生徒は治癒し、他の生徒に感染のおそれのないことを報告します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名