

傷病報告書

兵庫県立有馬高等学校長 様

年 組 番 生徒名

傷病名

上記の傷病により 月 日より 月 日まで加療を要します。

制限事項・配慮すべき事項など

令和 年 月 日

保護者名（自署）

本人 → クラス担任 → 教務部

※ 日付のわかる病院受診の領収書または薬袋等のコピーを添付してください。