

教 務	保 健

令和 年 月 日

兵庫県立伊丹北高等学校長 様

「学校において予防すべき感染症」治癒報告書

____年次____組____番 生徒名_____

保護者名（自署）_____

病 名

--

受診した医療機関名：_____

令和____年____月____日(____)から上記の疾病により療養中のところ、予防上支障がないと
医師から認められる状態になりましたので、令和____年____月____日(____)より登校させます。

