学校感染症治療報告書　（＊保護者の方が、ご記入ください）

令和　　年　　月　　日

北海道旭川農業高等学校長　様

生徒氏名　　年　　組　氏名

病　　名

治療を受けた医療機関名

期　　間　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

欠席させました。

保護者氏名
（自筆署名）

【注意】

※　学校保健安全法では、「インフルエンザに罹患した場合は、発病した後５日を経過し、かつ、解熱した後２日を経過するまで」等、出席停止の期間が決まっています。学校には、持病をかかえている生徒も沢山おります。他の生徒にうつさないよう、必ず、医師の指示に従って登校してくるよう、ご協力の程よろしくお願いいたします。