

## 罹患届

岩国市立通津小学校校長様

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

◆受診医療機関 \_\_\_\_\_

◆受診年月日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◆病名（インフルエンザの場合は型名まで）

\_\_\_\_\_

◆主治医から告げられた休養期間

自 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

至 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◆罹患届提出日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※この届けは、保護者が記入し、担任に提出してください。