

# 病院受診による欠席届

星美学園中学高等学校

学 校 長 殿

中・高 \_\_\_\_年\_\_\_\_組 氏名\_\_\_\_\_

学校伝染病（下記の疾患）の疑いがあり、\_\_\_\_月\_\_\_\_日に病院受診をしましたのでご連絡致します。

病 名 : \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_

医療機関の電話番号 : \_\_\_\_\_

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

保護者名\_\_\_\_\_印

※保護者が記入して、学校へ提出して下さい。