

診療結果のお知らせ

下記生徒は、学校保健安全法第19条指定の、学校において予防すべき感染症に罹患しているため、集団生活において感染拡大予防対策が必要と認められます。

学年・組・出席番号 年 組 番

生徒氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日生

傷病名 _____

附 記 _____

集団感染防止のための自宅療養期間

令和 年 月 日（ ）から

令和 年 月 日（ ）まで

上記のとおりお知らせします。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____