受診・治癒報告書

（感染症による出席停止のもの）

　島根県立松江東高等学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　R　氏名

　医師の指示を受けて治療に努めた結果、全治しましたので報告します。

1. 病名
2. 医療機関名
3. 療養期間

　　　　　　　　　　　自　　令和　　　年　　　月　　　日（　　）

　　　　　　　　至　　令和　　　年　　　月　　　日（　　）

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　印

＊受診日のわかる医療機関の領収書、薬の明細書等を添付してください。

（こちらでコピーをとってお返しします。）診断書は不要です。

＊担任又は保健室へ提出してください。