

# 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。