

学校感染症による治癒連絡票

東京都立永福学園校長殿

該当する部門（学部）を○で囲み、必要事項を御記入ください。

高等部就業技術科 ・ 肢体不自由教育部門（小学部・中学部・高等部）

年 組 氏名

感染症名： _____

受診した医療機関名： _____

出席停止期間

令和 年 月 日（ ） から 令和 年 月 日（ ）まで

※出席停止期間の数え方

「発症後○日を経過するまで」という場合は、**発症した日（発熱等の症状が始まった日）**は含まず翌日を第1日と数えます。

令和 年 月 日

保護者氏名

提出先 担任→養護教諭