**感染症等にかかる届け出***/ Notificación sobre las enfermedades infecciosas*

ス

 ***GAKKOU CHO***

***A/C. Excmo. Director de la Escuela*** : KIBOUGAOKA 希望ケ丘小学校 長　あて

|  |
| --- |
| 児童生徒本人のおもな症状*/ Principales síntomas del alumno*   |
| 症状について、　　　　　 で囲む、もしくは記述してください。*/ Envolver con 1 círculo o describir sobre los**síntomas correspondientes a las condiciones de salud del estudiante.* |
| 頭痛*/ Dolor de la cabeza* ・発熱*/ Fiebre*（　　 ℃）・腹痛*/ Dolor de la barriga* ・下痢*/ Diarrea* ・吐き気*/ Náuseas* ・せき*/ Tos* ・のどの痛み*/ Dolor de garganta*その他*/ Otros síntomas :*（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）医療受診した場合の機関名*/ Si tuve una consulta médica, mencionar el nombre de la Clínica o Hospital :*（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |

休んだ期間*/ Período de descanso*

　　　　年*/ Año*　 　月*/ mes*　　　日*/ día* （　　　） ～ 　　　年*/ Año*　 　月*/ mes*　　　日*/ día* （　　　）

上記のとおり連絡します*/ Iremos comunicarle como se indica arriba.*

　　　年*/ Año*　　　月*/ mes*　　　日*/ día*

　　年*/ Grado*　　　組*/ grupo*　　児童名*/ Nombre del alumno* :

保護者名*/ Nombre del padre(resp.)* :