感染症等にかかる届け出

希望ヶ丘小学校長　あて

|  |
| --- |
| 児童生徒本人のおもな症状 |
| 症状について、　　　　　で囲む、もしくは記述してください。 |
| 頭痛・発熱（　　　℃）・腹痛・下痢・吐き気・せき・のどの痛みその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）医療受診した場合の機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

休んだ期間

　　　　年　　　月　　　日（　　　）～　　年　　月　　　日（　　　）

上記のとおり連絡します

　　　　年　　　月　　　日

　　　　年　　　組　　児童名

保護者名