

報 告 書 《学校伝染病に関するもの》

仙台白百合学園中・高等学校校長殿

中 高 _____ 年 _____ 組 _____ 番 _____ 氏 _____ 名 _____

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の患者につき連絡申し上げます。

<所 見>

◎出席停止 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

※ ご配慮とご指導いただきまして誠に有難うございます。

仙台白百合学園中・高等学校