

出席停止について

校 長	副校長	教 頭	担 当

クラス担任
平成 年 月 日

感染症罹患について（報告）

このことについて、次のとおり報告します。

平成 年 月 日
神奈川県立新羽高等学校長 殿

年 組	生徒氏名	
	保護者氏名	印

診断名	
医師の 療養指示期間	月 日 () 曜日～ 月 日 () 曜日
医療機関名	