

令和 年 月 日

## 登 校 届

兵庫県立姫路西高等学校長 様

保護者等 名前

自署してください

年 組 番 名前

男 ・ 女

下記の感染症により療養しておりましたのでお届けいたします。

病名を○で囲んでください。

<病名>

- |                 |            |             |         |
|-----------------|------------|-------------|---------|
| 1 インフルエンザ       | 2 百日咳      | 3 麻疹        | 4 風疹    |
| 5 流行性耳下腺炎       | 6 水痘       | 7 結核        | 8 咽頭結膜熱 |
| 9 髄膜炎菌性髄膜炎      | 10 流行性角結膜炎 | 11 急性出血性結膜炎 |         |
| 12 新型コロナウイルス感染症 | 13 その他 ( ) |             |         |

1：療養期間 令和 年 月 日( ) ~ 令和 年 月 日( )

2：医療機関名・電話番号

3：備考

\*感染症に罹患したと分かる書類（領収書、処方箋等）を添付してください。