

担 当 医 様

旭川藤女子高等学校  
校 長 水 野 清 哉

### 学校感染症にかかわる診断のお願い

本校の生徒につきまして、学校保健安全法に定められた疾病の場合の出席停止措置のため、お手数ですが下記にご記入いただき、本人または保護者にお渡ししてくださいませようお願い致します。

### 学校感染症についての連絡

生徒氏名	
疾 病 名	
出席停止を要する 期間	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで

平成 年 月 日

医 師 名

印