

保護者様

治癒報告書の提出について（お願い）

日頃は、本校の教育活動に御理解と御協力をいただき、誠にありがとうございます。  
この度は、感染症拡大防止のため、出席停止の措置をとらせていただきました。登校再開に伴い、病気が治癒又は感染の恐れがないことの確認が必要となります。

お忙しいところ申し訳ございませんが、医療機関に登校可能かどうかを確認し、保護者でこの治癒報告書に御記入ください。

なお、医療機関の負担軽減を図るため、医療機関で記入はしませんので、御承知おきください。また、御不明な点は、担任又は養護教諭にお問い合わせください。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ き り と り ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

## 治癒報告書

部 年(歳) 組

---

下の疾患について、治癒又は感染の恐れがなく登校可能と医療機関で判断されましたので、報告します。

1 疾患名 \_\_\_\_\_

2 出席停止期間 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

3 受診した医療機関名及び受診日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 受診日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

愛知県立岡崎聾学校長殿

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

..... き り と り .....

## 治癒報告書

〇〇 部 〇 年(歳) 〇 組 〇〇 〇〇

下の疾患について、治癒又は感染の恐れがなく登校可能と医療機関で判断されましたので、報告します。

1 疾患名 インフルエンザA型

2 出席停止期間 4 月 10 日から 4 月 15 日まで

3 受診した医療機関名及び受診日

医療機関名 おかりクリニック 受診日 令和 6 年 4 月 10 日

愛知県立岡崎聾学校長殿

令和 6 年 4 月 15 日

保護者氏名 〇〇 〇〇