

年 月 日

感染症罹患届

【インフルエンザ・コロナウイルス感染症用】

京都聖カタリナ高等学校
学 校 長 様

罹患期間	年 月 日 () ~ 月 日 ()
病 名	
氏名・病名・月日が証明できる処方箋、薬袋等を貼付してください。	

生徒氏名	年 組 番 氏名
保護者氏名	㊞