年　　月　　日

感染症罹患届

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	㊞