

届 出 書 ・ 治 療 報 告 書

茨城県立那珂湊高等学校長 殿

病名 _____ のため

医療機関名 _____ にて

下記の期間欠席が必要と診断されましたので、お届けします。

自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日

上記の期間欠席していましたが、登校に支障ないまで治療したことを
報告します。

令和 年 月 日

年 組 番 生徒氏名 _____

保護者名 _____ 印

* 受診した医療機関及び薬局の明細書等のコピーを添付してください。