

平成 年 月 日

茨城県立太田第一高等学校長 殿

## 疾病治癒報告書

茨城県立太田第一高等学校

年 組 番氏名

上記の者治癒したことを報告いたします。

但し 処方された薬品名および薬の説明書のコピーを添えて提出してください  
出校の際は必ず主治医の許可を受けてください。

記

病 名	インフルエンザ( 型)
治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

平成 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印