

# 感染症発生報告書

平成 年 月 日

三重県立津西高等学校長 宛

年 組 席

生徒名

保護者名 印

病名

期間 平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 まで

上記疾患に罹患しましたことを報告します。

医療機関名

医師名

印