

感染性胃腸炎罹患届

町田市立藤の台小学校長様

年 組 児童氏名

平成 年 月 日

保護者氏名 ㊟

下記の期間、感染性胃腸炎と診断されました。

1. 期間 平成 年 月 日から

平成 年 月 日まで

2. 病院名 (医院名) _____

* 医師から感染性胃腸炎 (ノロウイルスなど) と診断されたときに、この用紙で届けをお出してください。用紙の記入は、保護者の方をお願いいたします。