学校長	様
-----	---

インフルエンザによる出席停止報告書		
_	年 組 名前	
〇 月 日、	病院・診療所・クリニックを受診	
した結果、 <u>インフルエンザ()型</u> と診断されました。		
(↑型がわかる場合ご記入ください)		
○ 出席停止の期間は、		
(月 日~	月 日まで)です。	
※医師の指示のもと、 出席停止期間を厳守し、完治しましたので登校いたします。		
	令和 年 月 日	
	保護者 署名	
医師による証明は必要ありません。		