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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　　月　　日、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院・診療所・クリニックを受診した結果、
インフルエンザ（　　）型と診断されました。（←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。

切りとり

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　　月　　日、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院・診療所・クリニックを受診した結果、
インフルエンザ（　　）型と診断されました。（←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。