

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。