

〈保護者記入〉

インフルエンザ治癒届

平成 年 月 日

千葉県立小見川高等学校長 様

_____ R 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

医師の指示により療養し、他に感染のおそれがない状態となりましたので、
お届けします。

診断名 インフルエンザ () 型

治療期間 平成 年 月 日 ~ 月 日まで

受診医療機関名 _____

*インフルエンザの出席停止期間は、発症（発熱）した後5日を経過し、かつ解熱後2日
を経過するまでです。

*受診の証明となるもの（領収証・投薬説明書等）のコピーを添付してください。