

平成 年 月 日

完 治 届 (インフルエンザ)

学校長 殿

第 学年 組

氏 名

医療機関名

< 欠席・治療を要した期間 >

自 平成 年 月 日

至 平成 年 月 日

下記の該当するどちらか、または両方の番号に丸をつけてください

- 1 医師から病気が完治したと診断された
- 2 家庭における観察により、発症した後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過したことを確認した

< 注意事項 > 運動の制限等の必要がある場合は記入してください

保護者名 印

平成 年 月 日

完 治 届

学校長 殿

第 学年 組

氏 名

病 名

医療機関名

< 欠席・治療を要した期間 >

自 平成 年 月 日

至 平成 年 月 日

医師から病気が完治したと診断されたことを届けます

< 注意事項 > 運動の制限等の必要がある場合は記入してください

保護者名 印

