

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

Blank box for signature or stamp.

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

Blank box for signature or stamp.

保 護 者 名 印