

二松学舎大学附属柏中学校・高等学校
学 校 長 様

インフルエンザにおける療養報告書

年 組 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

医師により、 下記のとおり診断を受け、 療養後回復したことを報告します。

記

1. 疾患名	インフルエンザ (A 型 B 型 未判定)
2. 発症日 (発熱した日)	年 月 日
3. 受診した医療機関名	
4. 療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 保護者氏名 _____ 印

【学校記入欄】

出席停止期間 年 月 日 () 限から

年 月 日 () 限まで

(学校使用欄)

担任	学年主任	養護教諭	教務部長	□コピーは担任保管 □原本は教務部保管