

登校許可願

担任を通して保健室に提出する

年 組 生徒氏名

疾患名 : インフルエンザ A型・B型
*判明していれば○

発症日 年 月 日

解熱日 年 月 日

登校可能の確認 チェックしてカッコ内に○をする

() 発症日を0日として5日経過している。

() 解熱日を0日として2日経過している。

受診した医療機関名

年 月 日より登校の許可を願います。

保護者氏名

⑩
