インフルエンザによる出席停止期間の報告書

保護者様

	○インフルエンザと診断された場	易合は、学校〜	~ご連絡ください。				
①発症した後、5日を経過している。 ②熱が下がった後、2日を経過している。 (学校保健安全法施行規則第19条) ※この間は「出席停止」の扱いになります。 〇この報告書は必要事項を記入し、必要な書類を添えて、学校に提出してください。 (この報告書は医療機関に書いてもらう必要はありません。) 神戸能谷中学校高等学校長 様 年 月 申・高 年 組 番 名 前 保護者名 印 〈受診した医療機関〉				たされなければ	ば登校でき	きません。	
○この報告書に必要事項を記入し、必要な書類を添えて、学校に提出してください。 (この報告書は医療機関に書いてもらう必要はありません。) 神戸龍谷中学校高等学校長 様 中・高 年 組 番 名 前 保護者名 印 〈受診した医療機関〉 〈受診した医療機関〉 (受診した医療機関)						. 3. 4,00	
(この報告書は医療機関に書いてもらう必要はありません。) 神戸龍谷中学校高等学校長 様 年 月	(学校保健安全法施行規則第	写19条)	※この間は「出	席停止」の扱	いになりま	ミす。	
神戸龍谷中学校高等学校長 様 年 月 E 中・高 年 組 番 名 前 保護者名 月 日 (受診した医療機関) (受 診 日) 年 月 日()	○この報告書に必要事項を記入し	/、必要な書類	頁を添えて、学校に	提出してくだ	さい。		
中・高 年 組 番 名 前 保護者名 印	(この報告書は医療機関に書い	これもう必要	とはありません。)				
中・高 年 組 番 名 前 保護者名 印							
中・高 年 組 番 名 前 保護者名 印							
中・高 年 組 番 名 前 保護者名 印							
中・高 年 組 番 名 前 保護者名 印 (受診した医療機関) 年 月 日()	神戸龍谷中学校高等学校長 様						
保護者名 印 (受診した医療機関) (受 診 日) 年 月 日()					年	月	日
保護者名 印 (受診した医療機関) (受 診 日) 年 月 日()							
保護者名 印 (受診した医療機関) (受 診 日) 年 月 日()	中・高 年 組 番	名 前					
〈受診した医療機関〉 〈受 診 日〉 年 月 日()							
〈受 診 日〉 年 月 日()		保護者名		<u> </u>			
〈受 診 日〉 年 月 日()							
〈受 診 日〉 年 月 日()							
〈受 診 日〉 年 月 日()							
	〈受診した医療機関〉						
〈出席停止期間〉 年 月 日() ~ 年 月 日()	〈受 診 日〉年	三月	日 ()				
〈出席停止期間〉 年 月 日() ~ 年 月 日()							
	〈出席停止期間〉 年	月	日 () ~	年	月	日 ()
		/ *	. , /	,	. •		