

# インフルエンザ感染証明書

愛知県立緑丘高等学校長 殿

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

1 病名

\_\_\_\_\_ インフルエンザ ( \_\_\_\_\_ 型)

2 受診日

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3 受診した医療機関名

\_\_\_\_\_

4 出席停止期間 (医師の指示による)

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の期間加療し治癒しました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名

印

※保護者の方でご記入いただき、インフルエンザに感染したことが証明できる書類 (検査結果用紙、インフルエンザ治療薬であることがわかる薬の説明書等) を添付の上、担任へご提出ください。