

# 学 校 感 染 症 届

学校（園）長 様

年 組 氏名 は

---

令和 年 月 日に 医院・病院で

---

( ) 型

インフルエンザ・インフルエンザ様疾患と診断されました。

---

医師より、発症後5日経過、かつ、解熱後2日（幼児は3日）

---

経過するまで登校（園）を控えるよう指導を受けた

---

ので、下記の期間欠席したことを届け出ます。

---

欠 席 期 間 月 日 ～ 月 日 まで

---

令 和 年 月 日

保 護 者 氏 名

印

---