インフルエンザ罹患　および　登校届

保護者の方が記入し押印して下さい

＊　　月　　日にインフルエンザ（　　）型と診断され、治療休養していましたが、

　　月　　日より登校してよいと、医師の許可を得たので、本日より登校します。

＊　受診病院名（　　）

鶴川第二小学校長　様

年　　月　　日

　　年　　組　児童名

保護者名　　印

インフルエンザ罹患　および　登校届

＊　　月　　日にインフルエンザ（　　）型と診断され、治療休養していましたが、

　　月　　日より登校してよいと、医師の許可を得たので、本日より登校します。

＊　受診病院名（　　）

鶴川第二小学校長　様

年　　月　　日

　　年　　組　児童名

保護者名　　印