インフルエンザ罹患による欠席届

令和　　年　　月　　日

滋賀県立草津高等学校長　様

第　　学年　　組　　番

生 徒 名

保護者等名　　印

（自署の場合は押印不要）

インフルエンザ罹患のため下記の通り、欠席させていただきます。

記

インフルエンザ（　A型　・　B型　・　医師の臨床診断　）

＊いずれかを〇で囲んでください

期間　令和　　年　　月　　日　　曜日　　時間目　から

令和　　年　　月　　日　　曜日　　時間目　まで

（　　日間）

添付書類（インフルエンザの罹患(りかん)がわかる書類・下記いずれかを添付）

□　インフルエンザ検査結果
□　診療明細書
□　薬剤情報提供書
□　その他（　　）

受診された医療機関名をご記入ください。

医療機関名：

＜参考＞出席停止基準

発症した後５日を経過し、かつ、解熱した後２日を経過するまで

担任確認印	教務確認印