

わきはまこども園園長様

インフルエンザによる出席停止報告書

組 名前 _____

- _____ 月 _____ 日、 _____ 病院・診療所・クリニックを受診した結果、
インフルエンザ () 型と診断されました。(←型がわかる場合、ご記入ください。)
- 出席停止の期間は、(_____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで) です。
- 服用期間は、(_____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで) です。
- 解熱日は、(_____ 月 _____ 日) です。

※医師の指示のもと、出席停止期間を厳守し、完治しましたので登園いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者 署名 _____

医師による証明は必要ありません。

----- 切りとり -----

わきはまこども園園長様

インフルエンザによる出席停止報告書

組 名前 _____

- _____ 月 _____ 日、 _____ 病院・診療所・クリニックを受診した結果、
インフルエンザ () 型と診断されました。(←型がわかる場合、ご記入ください。)
- 出席停止の期間は、(_____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで) です。
- 服用期間は、(_____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで) です。
- 解熱日は、(_____ 月 _____ 日) です。

※医師の指示のもと、出席停止期間を厳守し、完治しましたので登園いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者 署名 _____

医師による証明は必要ありません。