

(様式1)

教 頭		教 務		学 年 主 任		担 任	
--------	--	--------	--	------------------	--	--------	--

インフルエンザ罹患届

第__学年__ルーム__番

生徒氏名_____

上記の者 インフルエンザと診断されましたので、下記のとおり届けます。

記

1 登校しない期間

令和__年__月__日 ~ 令和__年__月__日

2 診 断 日 令和__年__月__日

3 診 断 者 (医療機関名・医師名)

(連絡先電話番号)

4 特記事項 (インフルエンザの型等)

令和__年__月__日

奈良県立五條高等学校長 殿

保護者氏名_____⑩

※ 診断書、または医療機関を受診し、インフルエンザの治療を受けたことを証明するもの（インフルエンザの検査結果やインフルエンザ治療薬の説明書等のコピーで、日付、氏名が載っているもの）を併せて提出してください。

※ 再登校の基準は、『発症後5日かつ解熱後2日』となっています。なお、主治医が登校を控えるように指示している場合には、それに従ってください。