



担任印	教務印

奈良女子大学附属中等教育学校学校長 殿

インフルエンザ罹患届

下記の医療機関から、次のような診断を受けましたので、報告いたします。

1. 出校停止期間

_____年 _____月 _____日 (_____ 曜) ~ _____年 _____月 _____日 (_____ 曜)

2. 診断日 _____年 _____月 _____日 (_____ 曜)

3. 診断・治療を受けた医療機関

医療機関名 _____

住 所 _____

4. 特記事項 (インフルエンザの型等) _____

_____年 _____月 _____日

_____年 _____組 _____番 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

※ インフルエンザの治療を受けたことを証明するもの (病名が分かる診療明細書や薬剤情報文書のコピーで、日付、氏名が載っているもの) を併せて提出してください。

※ 出席停止期間の基準は『**発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後二日を経過するまで**』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は、それに従ってください。