

通 知 書

東金市立北中学校

_____年 _____組 _____氏名_____

上記の者の疾患は治癒し、出席停止の期間（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）を過ぎましたので____月____日より登校させます。

記

1. 疾患名 インフルエンザ
2. 発症した日 平成_____年_____月_____日
3. 診断を受けた日 平成_____年_____月_____日
4. 熱が下がった日 平成_____年_____月_____日
5. 登校の目安について医師から指示があった場合記入してください。

6. 受診医療機関名

※医師の「印」は必要ありません。

_____平成_____年_____月_____日

_____保護者氏名_____印