

通 知 書 (インフルエンザ用)

東金市立正気小学校

____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 _____令和 ____年 ____月 ____日_____

3. 診 断 を 受 け た 日 _____令和 ____年 ____月 ____日_____

4. 熱が下がった日 _____令和 ____年 ____月 ____日_____

5. 受診医療機関名 _____

*インフルエンザの場合は、医師のⓂは必要ありません。

6. 登校の目安について医師から指示があった場合は記入してください。

_____令和 ____年 ____月 ____日_____

保護者氏名 _____ 印