主治医殿　お手数ですが、ご記入をお願いいたします。　　滝学園

滝学園インフルエンザ罹患証明書

中学・高校　　年　　組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下のことに、ご記入ください（□には「✔」してください）。

1　診断名

□　インフルエンザ

□　インフルエンザ（疑）

2　出席停止期間

□　解熱した後、２日を経過するまで

□　発症後、７日を経過するまで

□　平成　　年　　月　　日

～　　年　　月　　日

但し、今後病状が悪化した場合は、上記の限りではありません。

平成　　年　　月　　日

医師及び医療機関名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印