【インフルエンザ用】

（下記の枠内、ご家庭でご記入ください）

滝　中学校
滝高等学校　　年　　組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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
- □　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