

令和 年 月 日

完 治 届 (インフルエンザ)

学 校 長 殿

_____年 _____組

氏 名 _____

医療機関名 _____

《欠席・治療を要した期間》

自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

下記の該当するどちらかに、○をつけてください。

- 1 医師から、「完治した」と診断された。
- 2 家庭における観察で、発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過した。(発症日を0日とする。)

<注意事項> 運動制限等必要がある場合は、記入してください。

保護者名 _____ 印 _____