

令和 年 月 日

完 治 届 (インフルエンザ A・B・ )

古知野北小学校長 殿

第 学年 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 医師に受診した後、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〉 運動の制限等の必要がある場合は、記入してください。

--

以上により完治したことを届けます。

保護者名 \_\_\_\_\_