

令和 年 月 日

## 完 治 届 (インフルエンザ)

学 校 長 殿

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_組

生 徒 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日を経過したことを届けます。(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 \_\_\_\_\_

