

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。(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 _____

令和 年 月 日

完 治 届 (インフルエンザ以外)

学 校 長 殿

_____ 年 _____ 組

生 徒 氏 名 _____

病 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

医師から、病気が完治したと診断されたことを届けます。

< 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 _____

