

# インフルエンザによる出席停止申出書

錦城高等学校長あて

年 組 番 氏名

---

病 名 インフルエンザA型 インフルエンザB型 疑い  
(該当する箇所に○をつけてください)

発症日 令和 年 月 日

受診日 令和 年 月 日

欠席期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  
(医師から登校を控えるように指導された期間)

受診医療機関名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

【以下 受診料または薬代等の領収書 添付欄】