

登校届（保護者記入）

和光市立 学校長 様

_____年_____組 氏名_____

_____月_____日に、医療機関よりインフルエンザ_____型と診断を受けました。

このため、_____月_____日から_____月_____日まで登校をひかえていましたが、本日より登校させますので、ご連絡いたします。

受診した医療機関名_____

受診した医療機関電話番号_____

平成_____年_____月_____日

保護者氏名_____ 印

※インフルエンザ出席停止期間の基準は「発症後5日経過し、かつ解熱後2日間」となっています。または、医師の指示に従ってください。