

平成____年____月____日

福井県立美方高等学校長 様

インフルエンザ治療報告書

(保護者の方がご記入ください。)

治療を受けた医療機関名 _____

生徒氏名 _____年____組 氏名 _____

平成 ____年 ____月 ____日に上記医療機関を受診し、医師の指示
により平成 ____年 ____月 ____日まで欠席させました。

インフルエンザの種類(該当するものに 印をつけてください。)

[新型インフルエンザ ・ 季節性インフルエンザ]

保護者氏名 _____ 印

【留意事項】

- 1 インフルエンザが治癒したら、この「インフルエンザ治療報告書」を持って学校に登校してください。
- 2 受診した際に発行される領収書(コピー可)を、「インフルエンザ治療報告書」の裏面に添付してください。
- 3 この用紙を、担任または保健室までご提出ください。