

年 月 日

福井県立美方高等学校長 様

## インフルエンザ検査報告書

(※保護者の方がご記入ください。)

検査を受けた医療機関名 \_\_\_\_\_

生徒氏名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ホーム 氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に上記医療機関を受診し、

インフルエンザの検査を実施しました。結果は陰性でした。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 〔留意事項〕

- 1 インフルエンザ検査のため病院を受診した場合は、出席停止扱いとなりますので、登校しましたらこの「インフルエンザ検査報告書」を提出してください。
- 2 裏面に、受診した際に発行される「領収書」を添付してください。(コピー可)
- 3 この用紙を、担任または保健室までご提出ください。

↓ 「領収書」添付場所（のり付けしてください）