

インフルエンザ用

* 保護者の方が記入してください

* 薬の説明書や医療機関の明細書等、インフルエンザの治療をしたことが分かるものを必ず添付してください。（コピーで可）

兵庫県立須磨友が丘高等学校長様

登 校 許 可 証

年 組 番 名 前

病 名： インフルエンザ （ 型）

出席停止の期間

令和 年 月 日 より

令和 年 月 日 まで

医療機関名

頭書の疾病により療養中のところ、出席停止の期間が終了し、予防上支障がないと認められる状態に快復したので登校させます。

令和 年 月 日

保護者名

印

〈参考〉

出席停止の基準：発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで

- ◎ 発熱した日を「発症0日目」とし、翌日を「発症1日目」と数えます。
解熱した日を「解熱0日目」とし、翌日を「解熱1日目」と数えます。