

インフルエンザに係る届

(幼・小・中・高・本保・専保・専理) _____ 年

氏名 (_____)

年 月 日に (_____) 医院・病院で
インフルエンザ (A 型・ B 型・インフルエンザ様風邪) と診断
され、年 月 日 ～ 月 日まで自宅
療養いたしました。

経過及び現在の症状

年 月 日

保護者氏名 : _____ 印