

# インフルエンザに関する登校届

栃木県立佐野高等学校長・附属中学校長 様

年 組 番

生徒名

- 診断名（該当するものに○をつけてください）

インフルエンザ  A 型 ・ B 型 ・ 疑い

- 発症日（症状がはじまった日）

令和 年 月 日

- 診断日／受診した医療機関名

令和 年 月 日／医療機関名【 】

- 解熱日（平熱に戻った日）

令和 年 月 日

- 出席停止期間（自宅療養期間）

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

本日より登校させることといたします。

令和 年 月 日

保護者名 印

★出席停止期間 発症後 5 日（発症日を 0 日とする）を経過し、かつ解熱後 2 日を経過するまで

出席停止期間終了後、はじめて登校する際に担任まで提出してください。

本届は、保護者等が記入するものです。医療機関から受けた指示のとおり記入してください。