

インフルエンザ罹患証明書

学 校 名	小 松 市 立 高 等 学 校		
学年・組・番号	年 H 番		
生徒氏名 (性別)	(男 · 女)		
<p>病 名 <u>インフルエンザ</u> <u>A型</u> · <u>B型</u> · <u>疑い</u></p> <p>上記の疾病により、平成 年 月 日より約 日間の 休養を要したことを証明する。</p>			
平成 年 月 日			
<u>医療機関名</u>			
<u>保護者氏名</u> <u>印</u>			
学校記入欄 (出席停止とする年月日)	平成 年 月 日	～	日 担任 <u>印</u>

【インフルエンザの出席停止期間】

発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで

- この証明書はインフルエンザによる出席停止の証明のみに用いるものであり、保護者の記名捺印で証明することができます。ただし、裏面に『インフルエンザにかかる病院受診証明書類』(※下記参照)のコピーを必ず添付してください。

※『インフルエンザにかかる病院受診証明書類』とは

受診した医療機関、調剤薬局等から発行された書類とし、生徒氏名、医療機関名、受診日、インフルエンザによる受診であることがわかる内容が明記されているもの(領収書、明細書、インフルエンザの検査結果、処方箋が記載されたもののうちいずれか)とする。

(裏面)

インフルエンザにかかる病院受診証明書類

添 付