

(※) 回覧後、原本は教務係へ

校長	教頭	教務主任	保健主事	担任

年 月 日

インフルエンザによる出席停止認定願い

山梨県立甲府第一高等学校長

年 組 番

氏 名

以下のとおりインフルエンザ罹患のため、登校できませんでした。出席停止の扱いについてご配慮願います。

【保護者記入】

インフルエンザ罹患届け

病 名 インフルエンザ () 型

診断日 月 日

医療機関名

出席停止期間（感染症予防上、学校への出席停止が必要な期間）

月 日 ~ 月 日 【 】日間

※インフルエンザの出席停止期間は、発症した日を0日とし、発症後5日、かつ解熱後2日が経過するまでです。（学校保健安全法施行規則）

本校としては、診断を受け、解熱後3日を経過するまでを出席停止とします。

年 月 日

保護者氏名

印

※診療明細書あるいは処方薬の説明書等、日付と検査や処方分かるものの写しを添付してください。