

インフルエンザ罹患証明書

天理中学校
校長 島 幹典 様

氏 名 _____

天理中学校 _____ 学年 _____ 組

住 所 _____

上記の生徒、インフルエンザに罹患したことを証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

所 在 地 _____

医 師 名 _____ 印

保護者の方へ・・・健康観察をお願いします。体温と健康状態を○△×でご記入下さい。
(○・・・ある、△・・・少し、×・・・ない)

発症から治癒まで 月 日	体温℃			頭痛	のどの痛み	咳	鼻水	腹痛	おう吐	下痢
	朝	昼	夕							
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										
月 日										

天理中学校
校長 島 幹典 様

上記の者は、解熱した翌日を1日目として2日目を経過し、かつ、発症した翌日を1日目として5日目を経過しました。よって、____月 ____日より登校させますので、許可くださいますようお願いいたします。

保護者氏名 _____ 印