

インフルエンザ罹患証明書

学 校 名	石 川 県 立 小 松 北 高 等 学 校								
学年 組 番 年齢	学年 組 番号 歳								
氏 名 (性別)	(男 ・ 女)								
病 名 <table><tr><td>インフルエンザA型</td><td></td></tr><tr><td>インフルエンザB型</td><td></td></tr><tr><td>インフルエンザの疑い</td><td></td></tr><tr><td>インフルエンザA型かB型か不明</td><td></td></tr></table> (いずれかに○をつける) 上記の疾病により 年 月 日より 約 日間の 休養を要したことを証明する。 平成 年 月 日 医療機関名 _____ 保護者氏名 _____ 印 _____		インフルエンザA型		インフルエンザB型		インフルエンザの疑い		インフルエンザA型かB型か不明	
インフルエンザA型									
インフルエンザB型									
インフルエンザの疑い									
インフルエンザA型かB型か不明									

※この届出書はインフルエンザによる出席停止の証明に限り用いるもので、保護者の記名捺印で証明とすることができます。ただし、有料である医療機関の証明は不要ですが、裏面に医療機関の明細書や領収書、処方箋のコピー（氏名や受診日、インフルエンザの検査や処方薬が記載されたもの）を必ず添付してください。

インフルエンザにかかる医療機関受診証明書（写し）

※医療機関の明細書や領収書、処方箋のコピー（氏名や受診日、インフルエンザの検査や処方薬が記載されたもの）を必ず添付してください。

添付