

# インフルエンザ罹患届

(この届けは保護者が記入し、提出してください)  
岩国市立愛宕小学校

年 組 番 氏名

---

受診医療機関名

---

受診年月日 令和 年 月 日

病名 インフルエンザ A B その他 ( )

\*A または B に○をつけ、その他は ( ) に記入してください

主治医から告げられた休養期間 自 令和 年 月 日 日間  
至 令和 年 月 日

罹患届提出日 令和 年 月 日

保護者氏名 印

---

# インフルエンザ罹患届

(この届けは保護者が記入し、提出してください)  
岩国市立愛宕小学校

年 組 番 氏名

---

受診医療機関名

---

受診年月日 令和 年 月 日

病名 インフルエンザ A B その他 ( )

\*A または B に○をつけ、その他は ( ) に記入してください

主治医から告げられた休養期間 自 令和 年 月 日 日間  
至 令和 年 月 日

罹患届提出日 令和 年 月 日

保護者氏名 印

---