

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。)

岩国市立川下中学校

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
