

通 知 書

横芝光町立日吉小学校

_____年 _____組 _____氏名_____

上記の者の疾患は治癒し、出席停止の期間（発症日を0日目として5日間経過し、かつ解熱後2日経過するまで）を過ぎましたので、____月____日より登校させます。

記

1 疾 患 名 _____インフルエンザ_____

2 発 症 し た 日 _____令和____年____月____日_____

3 診 断 を 受 け た 日 _____令和____年____月____日_____

4 熱 が 下 が っ た 日 _____令和____年____月____日_____

5 登校の目安について医師から指示があった場合のみ記入してください。

6 受診医療機関名 _____

* 医師の「印」は必要ありません。

_____令和____年____月____日_____

_____保護者氏名_____ 印