

通 知 書

横芝光町立光中学校

____年 組 氏名_____

上記の者の疾患は治癒し、出席停止の期間（発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで）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