

インフルエンザ罹患による欠席報告書

長浜市立浅井小学校

年 組 (氏名)

受診日	平成 年 月 日 () 時ごろ
受診医療機関名	病院・医院・クリニック
診断名	インフルエンザ () 型
出席停止の必要な期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
医師の指示事項	

医師の指示に従い、欠席（自宅療養）したことを報告します。

長浜市立浅井小学校長 様

平成 年 月 日

(保護者名)

