

インフルエンザ罹患における出席停止解除願い

豊見城市立伊良波中学校
校長 比嘉 清喜 殿

年 組 番 氏名 : _____

1. 受診した医療機関 : _____

2. 診断名 : 【インフルエンザ (A ・ B) 】 ※診断された方に○印を付けて下さい。

3. 発症 (発熱した日) : 令和 年 月 日 (曜日)

4. 体温の経過

	朝	夜
発症した日 (月 日 曜日)	(. °C)	(. °C)
1日目 (月 日 曜日)	(. °C)	(. °C)
2日目 (月 日 曜日)	(. °C)	(. °C)
3日目 (月 日 曜日)	(. °C)	(. °C)
4日目 (月 日 曜日)	(. °C)	(. °C)
5日目 (月 日 曜日)	(. °C)	(. °C)
6日目 (月 日 曜日)	(. °C)	(. °C)
7日目 (月 日 曜日)	(. °C)	(. °C)
8日目 (月 日 曜日)	(. °C)	(. °C)

休まないと行けない期間

上記の通り、出席停止期間を経過しましたので出席停止の解除をお願い致します。

保護者氏名 : _____

印