

令和 年 月 日

インフルエンザに係る報告書

大阪府立鶴見商業高等学校

年 組 番

名前

出席停止許可をお願いいたします。

日時：令和 年 月 日～ 月 日

理由：インフルエンザ（A型・B型・その他）

※インフルエンザ出席停止の基準：発症後5日、かつ、解熱後2日が経過するまで

医療機関受診日 令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

大阪府立鶴見商業高等学校

年 組 番

保護者名

(自署)