**登　校　許　可　願**

保 善 高 等 学 校 長　　殿

　　　　　　　　　　年　　　　組　　　　番

診 　断 　名　　　　　インフルエンザ　　（　　　　型）

診　 断 　日 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

出席停止期間　　自　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　曜日

　　　　　　　　至　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　曜日

受　 診 　先　　　医療機関名

　　　　　　　　　電話番号

上記の者は、インフルエンザに罹患したため自宅療養をしておりましたが、

診断後５日が経過し、症状が改善いたしましたので、登校いたしたくお願い

申し上げます。

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　保護者名　　　　　　　　　　　　　印