

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