

(学校提出用)

No. _____

治ゆ証明書 (保護者記入)

学 校 名 _____ 茨城県立潮来高等学校 _____

生 徒 氏 名 _____ (年 組)

病 名 _____ インフルエンザ (型)

発 症 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治 ゆ 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印 _____

(インフルエンザの出席停止期間)

発症した後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで

下記に、生徒氏名の記載された薬剤の説明書や診療の説明書等、インフルエンザの治療が行われたと分かる書類のコピーを添付してください。