

インフルエンザ感染証明書

氏 名 _____

インフルエンザ感染症を認めます。

出席停止期間： 年 月 日 から 年 月 日まで

年 月 日

医師氏名

印

または 保護者氏名

印

※保護者記入の場合は受診を証明できるもの(調剤説明書のコピー等)を添付してください。