校　長	教　頭	教務主任	保健主事	学年主任	担　任

インフルエンザによる出席停止願

令和　　年　　月　　日届出

山梨県立甲府西高等学校長　殿

第　　年次　　組　　番　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおりインフルエンザと診断されました。出席停止願を提出しますので許可をお願いします。

記

診断名（該当に○）　　インフルエンザA・インフルエンザB

診　断　日　　令和　　年　　月　　日（　　）

医療機関名：

出席停止期間　（感染症予防上、学校への出席停止が必要な期間）

令和　　年　　月　　日（　　）　校時　～　　月　　日（　　）　　校時

（症状出現日：令和　　年　　月　　日）（解　熱　日：令和　　年　　月　　日）

＊インフルエンザの出席停止期間は発症した日を0日とし、発症後5日を経過し、かつ解熱した後（次の日から数えて）2日が経過するまでです。（学校保健安全法施行規則）

以上の記載内容は、事実と相違ありません。

保護者等氏名　　印

＊診療明細書または処方薬の説明書等、日付と検査や処方がわかるものの写しを添付してください。