

登校届

新座市立第四小学校長 様

____年____組 氏名_____印

____月____日に、医療機関よりインフルエンザ____型と診断を受けました。
このため、____月____日から____月____日まで登校をひかえていましたが、
本日より登校させますので、ご連絡いたします。(解熱日 ____月 ____日)

受診した医療機関名_____

受診した医療機関電話番号_____

平成 ____年 ____月 ____日

保護者氏名_____印