

登校届

新座市立第三中学校長 様

____年 ____組 氏名 _____

____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