

(保護者記入用)

明星中学高等学校長 殿

インフルエンザ用登校許可証明書

中学校・高等学校 (該当するものを○で囲んでください)

第 学年 組 番

フリガナ
生徒氏名

病 名 インフルエンザ

(A型 ・ B型 ・ 臨床症状による診断)

*簡易迅速検査を行った場合はA型またはB型に○をつけてください。簡易迅速検査を行わずに医師に診断された場合は臨床症状による診断に○をつけてください。

上記疾患について、____月____日に医師の診察を受けました。

このため、____月____日～____月____日まで欠席させましたが、
本日から登校させますのでご連絡します。

受診した医療機関名 : _____

医療機関電話番号 : _____

平成 年 月 日

保護者氏名

印

この情報は、教育・指導等の目的で利用いたします。その他個人情報保護に関わる事項は
学校法人明星学苑府中校個人情報保護関連諸規程の定めに基づきます。

(学校使用欄)

校長		教頭	教務部長	担任	養護

(保管)