

社会福祉法人ときわ福祉会
ひがし保育園園長 様

インフルエンザによる出席停止報告書

組 名前 _____

○ _____ 月 _____ 日、 _____ 病院・診療所・クリニックを受診した結果、

インフルエンザと診断されました。

○ 出席停止の期間は、（ _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで）
です。

※医師の指示のもと、発症後5日間かつ解熱後3日間を経過しましたので登園いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者 署名 _____

医師による証明は必要ありません。