

社会福祉法人ときわ福祉会  
認定こども園 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。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者 署名 \_\_\_\_\_

医師による証明は必要ありません。