

登校許可願

保善高等学校長 関口榮司 殿

年 組 番

診 断 名 インフルエンザ (型)

診 断 日 平成 年 月 日

出校停止期間 自 平成 年 月 日 曜日

至 平成 年 月 日 曜日

受 診 先 医療機関名

電話番号

上記の者は、インフルエンザに罹患したため自宅療養をしておりましたが
診断後5日が経過し、症状が改善いたしましたので、登校致したくお願い申し
上げます。

平成 年 月 日

保護者名 印