

校 長	副校長	教 頭	教 頭	養護教諭	学年主任	担 任

登校許可願書（インフルエンザ）

文化学園大学杉並中学・高等学校長殿

中・高____年____組 氏名_____

病名：インフルエンザと診断され、____月____日に発症し、

____月____日から____月____日まで____日間出席停止になりましたが、

疾病が治癒し（発症したその翌日から5日を経過し、かつ解熱した翌日から2日を経過）、医療機関で登校を許可されましたので登校させます。

受診した医療機関名：_____

電話番号：_____

____年____月____日

保護者自署 _____ 印

(保護者自署の場合は印不要)

※再登校させる際に、「登校許可願書」を担任へご提出ください。