

校長	副校長	教頭		教務	学年主任	係	担任

平成 年 月 日

## 受 診 報 告 書

年 組 番 生徒氏名

保護者氏名 印

上記の者、インフルエンザ様症状により下記の通り受診しましたので報告します

受診日(または期間)	平成 年 月 日( ) ~ 月 日( )
受診した医療機関名	
医療機関の電話番号	( )

----- キ リ ト リ -----