

新型コロナウイルス感染症及びインフルエンザの罹患届

熊本県立熊本商業高等学校長 様

年 組 番 氏名 _____

以下の理由により、

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで学校を休みました。

※該当項目に○印をつけてください。

() 新型コロナウイルス感染症に罹患したため 発症日 月 日

() インフルエンザに罹患したため 発症日 月 日

() その他の理由 _____

※医療機関を受診した場合は、医療機関名と受診日を記入してください。

受診日 令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

医師から受けた注意事項・その他連絡事項があればご記入ください。

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

⑩

提出については、保護者（本人）→担任→保健室

受付番号：