

インフルエンザ（流行性感冒）連絡用紙

栗東市立〇〇〇学校長 様

インフルエンザの型に○をしてください。

インフルエンザ（A型・B型）と診断されましたので、次のとおり連絡します。
（ ）

A型・B型以外の場合、ご記入ください。

1 受診をした医療機関名 _____ ○△□ 医院

医療機関名、診断日を
それぞれご記入ください。

2 インフルエンザと診断された日 令和 ○ 年 11 月 10日

1 年 4 組 児童生徒名 □□□ □□□

自署の場合は
押印不要です。お子さんのお名前等
ご記入ください。

保護者名 □□□ ○○○

印

切り取り線

インフルエンザ（流行性感冒）連絡用紙

栗東市立 _____ 学校長 様

インフルエンザ（A型・B型）と診断されましたので、次のとおり連絡します。
（ ）

1 受診をした医療機関名 _____

2 インフルエンザと診断された日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 年 _____ 組 児童生徒名 _____

保護者名 _____ 印 _____

*自署の場合は押印不要です。

新型コロナウイルス感染症 連絡用紙

栗東市立〇〇〇学校長 様

医療機関名、診断日をそれぞれご記入ください。検査キットで判明された場合は「検査キット」とご記入ください。

新型コロナウイルス感染症と診断（判明）されましたので、次のとおりご連絡します。

- 1 受診をした医療機関名もしくは検査キット等の活用

〇△□ 医院

- 2 新型コロナウイルス感染症と診断（判明）された日 令和〇年〇△月〇△日

1 年 3 組

児童生徒名

□□□

□□□

お子さんのお名前等をご記入ください。

保護者名

□□□

〇〇〇

自署の場合は
押印不要です。

印

切り取り線

新型コロナウイルス感染症 連絡用紙

栗東市立 学校長 様

新型コロナウイルス感染症と診断（判明）されましたので、次のとおり連絡します。

- 1 受診をした医療機関名もしくは検査キット等の活用

- 2 新型コロナウイルス感染症と診断（判明）された日 令和 年 月 日

年

組

児童生徒名

保護者名

印

* 自署の場合は押印不要です。