

本書は保護者が記入し、担任にご提出ください。

申 請 書

大阪府立西浦高等学校長 様

年	組	番	生徒氏名
---	---	---	------

平成 年 月 日に (医療機関名) を受診の結果、インフルエンザと診断されました。

つきましては、下記添付の処方箋または薬袋 (写) のとおり
月 日～ 月 日まで医師の指示により自宅療養となりましたので、
特段の配慮をお願いします。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

.....
処方箋または薬袋 (写) の添付欄

* 薬の名前、受診日、服薬日数、医療機関名が記載されていること

* 出席停止の期間は、治癒するまで (約7日間) または解熱後2日を経過するまで。
ただし、タミフル・リレンザ服用の場合は、服用終了後2日を経過するまで自宅療養。