

(提出日) 年 月 日

藤沢翔陵高等学校 学校長殿

学校感染症（インフルエンザ・新型コロナウイルス）罹患に関する届出書

年 組 番 氏名

保護者氏名 印

感染症名 (いずれかに○を)	インフルエンザ A 型 ・ インフルエンザ B 型 ・ インフルエンザ型不明 新型コロナウイルス ・ 新型コロナウイルスワクチン接種による副反応
受診した日または 検査をした日	年 月 日 (医療機関で検査 ・ 自宅で検査) ※どちらかに○
医療機関名 医療機関で診察した 場合のみ記入	医療機関名： 住 所： 電 話 番 号：
学校へ連絡した日	年 月 日
欠席の期間	年 月 日～ 月 日

<内部処理>

校 長	教 頭	事 長	事 教	生 指	学 主	担 任

出席停止期間

/ ~ /

最終保管は保健室 (入力日:)