登　校（園）許　可　書（インフルエンザ）

年　　組

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日生

＿＿＿月＿＿＿日発症のインフルエンザ（A型・B型）が(治癒・軽快)

しましたので＿＿＿月＿＿＿日から登校（園）を許可します。

年　　月　　日

医療機関住所

医 療 機 関 名

医　師　氏　名　　㊞

※東大和市医師会に加入している医療機関では、本許可書の作成費用はかかりません。