

年 月 日

愛知県立豊丘高等学校長殿

インフルエンザ検査報告書

年 組 番 氏名

保護者氏名

印

診断結果（インフルエンザ以外の病名等）

インフルエンザの検査を 月 日に受けましたが、陰性であったので報告します。

保護者の方が記入し、医療機関で発行された診療費明細書の写しや処方薬の説明書等の写し（日付、氏名、医療機関名が記載されたもの）と併せて担任へご提出ください。