

平成 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

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。

診断結果（インフルエンザ以外の病名等）