

自宅休養屈

令和 年 月 日

愛媛県立川之江高等学校長 様

保護者氏名 印

1 学 年 第 学年 組 番

2 氏 名

3 診断名 インフルエンザ（ A 型 ・ B 型 ・ 型不明 ）
新型コロナウイルス

4 受診医療機関名

5 自宅休養の期間

令和 年 月 日 から

令和 年 月 日 まで

6 その他

※ 受診したことを示すレシートや領収書などを添えて提出してください。