

インフルエンザ疑いによる通院証明書

中学・高校_____年_____組_____番 氏名_____

上記の生徒が、インフルエンザの疑いで検査を受けました。その結果、陰性と出ました。

平成 年 月 日

医療機関名または医師名

印