

インフルエンザによる欠席届

組 氏名 _____ は _____

_____ 月 _____ 日 _____ 医院（病院）で

インフルエンザ（ _____ 型）・インフルエンザ様かぜと診
断され _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで
欠席しましたのでお届けします。

（ 参考までに症状をお聞かせください。 ）

和歌山市立中之島幼稚園様

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名

印