

平成 年 月 日

愛知県立豊橋西高等学校長殿

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）

ここに医療機関を受診したことが証明できるものを

貼ってください

提出先：教務部