

出席停止の連絡票

平成 年 月 日

保護者様

新川高等学校

インフルエンザ、風疹、麻疹、水痘、流行性耳下腺炎等は、学校保健安全法により、主治医の許可があるまで出席停止扱いとなりますので、医師と相談の上適切な処置をとられるようお願いいたします。

記

1. 氏名 _____ 学年 _____ 組 _____ 番 _____ 氏名 _____
2. 理由 インフルエンザ・風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎
咽頭結膜熱・その他の感染症（ _____ ）
3. 期間 発病により医師が感染症予防上支障なしと認めた日まで

主治医様

上記の疾病は感染の恐れがなくなる日まで登校できないことになっています。診断・治療の上、下記を記入していただき、本人に渡していただきますようお願い致します。

登校許可証明書

学校長様

病名 : _____

登校許可日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医氏名 _____ 印 _____

この連絡票は登校される際に必ず学校へお返しく下さい。

※ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () () 日間

※は後日学校で記入します。