

令和 年 月 日

保 護 者 様

文化学園長野中学高等学校長

出席停止についてのお知らせ

お子さまに学校感染症の疑いがありますので、他の生徒に感染させないため及び病気の悪化予防のため、学校保健安全法の規定により出席停止の措置を指示します。直ちに医師に受診し必要な処置をとられますようお知らせします。欠席の期間は医師の指示に従ってください。この場合、欠席数には含まれません。

登校する際には医師から下記の「治ゆ証明書」（登校許可書）をいただき、担任まで提出してください。

----- ×切り取り× -----

様式3

学校感染症に関する治ゆ証明書（登校許可書）

（宛先）学 校 長

_____ 年 組 番 生徒氏名 _____

病 名 _____

出席停止期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

上記の学校感染症は治ゆし、_____ 月 _____ 日 より登校可能と認めます。

（感染の可能性はありませんので、登校可能と認めます。）

令和 年 月 日

医療機関

医師氏名

印