（別紙 1-1）

令和　　年　　月　　日

保　護　者　様

＿＿年　＿＿組　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さん

三原市立西小学校
校長　徳重　宏美

学校感染症による出席停止の通知書

お子さんは，＿流行性角結膜炎＿のため、学校保健安全法第１９条の規定により、人に伝染するおそれのある期間は出席停止とします。出席停止の基準は次のとおりです。

出席停止の基準　症状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで

ついては，全快し登校（園）する場合は、主治医に下の治癒証明書を記載してもらい、学校に提出してください。　主治医の記載による治癒証明書の提出が難しい場合は、担任に申し出てください。

き　り　と　り　せ　ん

治　癒　証　明　書

＿＿年　＿＿組　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さん

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿で治療中のところ治癒したことを証明します。

出席停止期間　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日

学　校　長　様

医師名　　印