

(別紙1)

令和 年 月 日

保護者様

年 組 氏名 さん

三原市立中之町小学校

学校感染症による出席停止の通知書

お子さんは、_____ のため、学校保健安全法第19条の規定により、感染するおそれのある期間は出席停止となります。出席停止の基準は次のとおりです。

出席停止の基準 _____

全快し登校する場合は、校医または主治医が記入した以下の証明書を学校に提出してください。(出席停止期間の判断が可能な様式であれば、以下の様式でなくても構いません。)

受診医療機関での証明書発行が困難な場合や治療を受けていないときは学校まで申し出てください。

----- 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】 年 月 日から、 年 月 日

令和 年 月 日

学校長 様

医師名

印