

平成 年 月 日

年 組 さん

保護者様

○学校名と日付のみ変更してください。
○保護をかけてありますので文章は変更
できません。（学校医確認済です。）

印西市立〇〇〇〇学校
校長 〇 〇 〇 〇

出席停止について

1. 病 名

2. 期 間 月 日 から感染のおそれがないと認められるまで

お子様の病気について、学校保健安全法第19条の規定に基づき、他の児童生徒に感染のおそれのある間は出席停止となります。出席停止の期間中は、欠席扱いになりませんので、治療に専念していただきますようお願いします。

回復して登校するときには、医師の診断を受け、以下の証明書に、医師による証明をもらい、学校へ提出してください。

なお、感染症の大流行時や大規模災害の発生時等における医療体制の確保のため、医療機関によっては証明書の発行が出来ない場合があります。その際は、医師の診断・指示に従った上で、保護者が記入・押印し、学校へ提出してください。

いずれの場合も、感染拡大防止のため、医師の診断・指示に従うようお願いします。

○裏面も印刷してください。
○保護をかけてありますが、色をつける
ことはできます。

ト リ -----

証 明 書

次の者は、病名 _____ の主症状が消失しており、他に感染のおそれがないことを認めます。

平成 年 月 日

年 組 児童生徒氏名

(保護者氏名 印)

診断をした医療機関名
医 師 氏 名

下2段は保護を外してあります。
No.を入れたい場合などに活用ください。
(原則、文章は追加しないでください)