

令和 年 月 日

保 護 者 様

年 組 さん

信州大学教育学部附属長野小学校長 中澤 卓二

出席停止についてのお知らせ

お子さまに下記の病気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、学校保健法の規定により出席停止の措置を指示します。医療機関を受診し、必要な処置をとられますようお知らせします。出席停止の期間は、医師の指示に従って下さい。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「治癒証明書」をいただき、担任まで提出してください。他の生徒に感染するおそれがない場合は、「登校許可書」として、提出してください。

記

1 病名 _____

治癒証明書（登校許可書）

信州大学教育学部附属長野小学校

年 組 氏名 _____

1、診断名 _____

2、指示事項

登校停止期間 ____月 ____日から ____月 ____日まで

上記の学校伝染病は治癒し、登校可能と認めます。

令和 年 月 日

学校長 様

医師氏名 _____ (印)