

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

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、他の児童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としますのでお知らせします。つきましては、医療機関を受診し、必要な処置をとられますようお願いいたします。出席停止の期間は、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。

また、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。

記

病名 _____

----- 切り取り線 -----

学校伝染病治癒証明書（登校許可書）

信州大学教育学部附属長野小学校

年 組 児童氏名 _____

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。

年 月 日

学校長 様

医師氏名 _____