

令和 年 月 日

保護者様

部 組 さん

信州大学教育学部附属特別支援学校長

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・生徒に感染させないため及び病気の悪化予防のため、学校保健安全法の規定により出席停止の措置を指示します。直ちに医師に受診し必要な処置をとられますようお知らせします。欠席の期間は医師の指示に従ってください。この場合、欠席日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。他の児童・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

病 名 _____

学校感染症に関する治癒証明書（登校許可書）

信州大学教育学部附属特別支援学校
部 組 さん

病 名 _____

出席停止期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

上記の学校感染症は治癒し、____月____日 より登校可能と認めます。
(感染の可能性はありませんので、登校可能と認めます。)

令和 年 月 日

学 校 長 様

医 師 氏 名 _____ (印)