

出席停止の連絡票

平成 年 月 日

保護者様

小矢部市立大谷小学校

学校感染症にかかっている、またはかかっていると疑われる期間は、学校保健安全法により、出席停止扱いとなりますので、医師と相談の上、適切な処置をとられるようお願いいたします。

記

- 1 氏名 _____ 年 組 氏名 _____
- 2 理由 風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・インフルエンザ・咽頭結膜熱
溶連菌感染症・感染性胃腸炎・()の疑い
- 3 期間 発病より医師が感染症予防上支障なしと認めた日まで

後日、学校で記入

平成 年 月 日 () から 平成 年 月 日 () までの () 日間

主治医様

上記の疾病は感染のおそれがなくなるまで登校できないことになっています。診断、治療の上、下記の登校許可日を記入していただき、保護者に渡して下さるようお願いいたします。

登校許可証明書

学校長様

氏 名： _____

病 名： _____

診 断 日：平成 年 月 日 ()

登校許可日：平成 年 月 日 ()

医療機関名

医師名 _____

保護者の方へ

この連絡票は登校される際にお子さんに持たせて、必ず学校へ提出してください。なお、不明な点がありましたら、担任へ問い合わせください。