出席停止の連絡票

平成　　年　　月　　日

保　護　者　様

学校名　滑川市立滑川中学校

インフルエンザ、風疹、麻疹、水痘、流行性耳下腺炎等は学校保健法により主治医の許可があるまで出席停止扱いとなりますので、医師と相談のうえ適切な処置をとられるようお願いします。

記

1．氏　　名　　第　　学年　　組　氏名

2．理　　由　　インフルエンザ・百日咳・風疹・麻疹・水痘
流行性耳下腺炎・咽頭結膜熱・結核
その他の伝染病（　　）

3．期　　間　　発病より医師が伝染病予防上支障なしと認めた日まで

※ 平成　　年　　月　　日(　　)～平成　　年　　月　　日(　　)まで(　　日間)

※は後日学校で記入

主　治　医　様

上記の疾病は伝染の危険がなくなる日まで登校できないことになっています。診断・治療のうえ、下記の登校許可日を記入いただき、本人に渡してくださいますようお願いいたします。

登校許可証明書

学　校　長　様

病　名：

登校許可日　平成　　年　　月　　日

診断日　平成　　年　　月　　日

主治医氏名

- この連絡票は登校される際に必ず学校へお返しください。
- 不明な点がありましたら養護教諭へお問い合わせください。