

出席停止の連絡票

令和 年 月 日

保護者様

高岡市立千鳥丘小学校長

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、医師と相談のうえ適切な処置をとられるようお願いいたします。

記

1 氏名 第 学年 組 氏名 _____

2 理由 風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・咽頭結膜熱
腸管出血性大腸菌感染症・() 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

令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () まで < 日間 >

主治医様

上記の疾病は感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、治療の上、下記の登校許可日を記入いただき、本人に渡してくださるようお願いいたします。

登校許可証明書

学校長様

病 名: _____

診 断 日: 令和 年 月 日

登校許可日: 令和 年 月 日

診断日 令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 _____

この連絡票は登校される際に必ず学校へお返しく下さい。