

副校長	教務主任	養護教諭	担任

学校感染症による出席停止届

東京都立大泉桜高等学校長 殿

_____年 _____組 _____番 氏名 _____

このたび下記の学校感染症に罹患しましたのでお届けします。

記

診断名 : _____

発症日 : _____月 _____日 (_____)

受診日 : _____月 _____日 (_____)

出席停止期間 : _____月 _____日 (_____) _____限

～ _____月 _____日 (_____) _____限

受診した医療機関名 : _____

電話番号 : _____

令和 _____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____ 印

※同条に定められた感染症により学校を休む場合は、速やかに学校にご連絡ください。また、医師の指示等により感染のおそれがないと認められ、生徒が再登校する際は、保護者が「学校感染症による出席停止届」に記入し、クラス担任にご提出ください。再登校後、1週間以内にご提出ください。

※医療機関で発行された学校感染症による出席停止と判断のできる書類（お薬手帳のコピーやお薬袋等）もあわせて提出してください。確認後、書類はお返しします。

確認が取れない場合、医師による証明書（有料）を提出していただく場合があります。