

令和 年 月 日

保護者様

静岡県立袋井高等学校長

学校感染症による出席停止のお知らせ

下記生徒は、感染症にかかっており、またはその疑いがあります。つきましては、学校保健安全法第 19 条の規定により、出席停止となりますのでお知らせいたします。

なお、登校するにあたっては、下記登校許可証明書を学校に提出してください。

HRNO 氏名 _____

出席停止の理由（病名） _____

.....

登校許可証明書

学校長様

年 組 氏名 _____

1 病名 _____

2 出席停止期間 月 日 ~ 月 日 _____

3 その他の指導事項

上記の者は、登校しても差し支えないものと認めます。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名印 _____ 印

