

令和 年 月 日

小・中・高 年 組 氏名 _____
保護者様

静岡県立袋井特別支援学校長

学校感染症等による出席停止のお知らせ

感染症にかかっており、またはその疑いがありますので、学校保健安全法第19条の規定により、出席を停止します。

なお、登校するにあたっては、下記の登校許可証明書を学級担任に提出してください。

記

登校許可証明書

静岡県立袋井特別支援学校長 様

氏名 _____

1 病 名 _____

2 出席停止期間 令和 年 月 日から 月 日まで

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 名 _____ 印