

令和 年 月 日

保護者 様

部 年 組 氏名 さん

静岡県立掛川特別支援学校長

学校感染症等による出席停止のお知らせ

お子さんは（ 溶連菌感染症 ・ マイコプラズマ感染症 ・ 感染性胃腸炎 ）にかかっており、またはその疑いがありますのでお知らせします。

ついては、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、下記の登校許可確認書を学級担任に提出してください。

保護者が記入してください

《 登校許可確認書 》

静岡県立掛川特別支援学校長 様

児童生徒氏名

1 病名 溶連菌感染症 ・ マイコプラズマ感染症 ・ 感染性胃腸炎

(○をつけてください)

2 ●診断を受けた日 令和 年 月 日

●登校日 令和 年 月 日

3 受診した病院名

4 その他（特記事項）

令和 年 月 日

保護者氏名

印