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