

平成 年 月 日

年 組 氏名

保護者様

静岡県立静岡西高等学校長

学校感染症等による出席停止のお知らせ

あなたは、感染症にかかっており、またはその疑いがありますのでお知らせ致します。
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級担任に提出してください。

理由

期間 平成 年 月 日より、主治医が感染症の予防上支障なし
と認めたときまで。

登校許可証明書

校長様

年 組 氏名

1. 病名

2. 出席停止期間

平成 年 月 日 ~ 月 日

3. その他指導事項

上記の者の病気は、感染するおそれなくなりましたので、登校しても
差し支えないものと認めます。

平成 年 月 日

医師名

印