

令和 年 月 日

幼・小・中・高

年 氏名

静岡視覚特別支援学校長

## 学校感染症による出席停止のお知らせ

あなたは、感染症にかかっている、またはその疑いがありますのでお知らせいたします。  
つきましては、学校保健安全法第19条の規定により、出席を停止します。  
なお、登校するにあたっては、下段の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 令和 年 月 日より

## 登校許可証明書

学校長 様

幼・小・中・高

年 氏名

- 病 名
- 出席停止期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
- その他指導事項

上記の者は、登校しても差し支えないことを認めます。

令和 年 月 日

医療機関  
医師名

印