

令和 年 月 日

保護者 様

年 生徒氏名

静岡県立浜松特別支援学校長  
(城北分校)

## 学校感染症による出席停止のお知らせ

お子さまは、感染症にかかっており、また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条により、出席を停止いたします。  
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。

出席停止の理由 \_\_\_\_\_

期間 主治医が感染症の予防上支障なしと認めた時まで

## 登校許可証明書

静岡県立浜松特別支援学校長 様

1 病 名 \_\_\_\_\_

2 出席停止の期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

3 その他指導事項

上記期間経過後は、感染するおそれがないので、登校しても差し支えないことを証明  
します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印