

令和 年 月 日

保 護 者 様

学校(園)名

学校(園)長名

学校保健安全法第19条により下記のとおり出席停止を指示します。

記

1. 出席停止者 年 組 氏 名

2. 出席停止期間 令和 年 月 日から

登校(園)してもさしつかえないと証明されるまで

3. 出席停止理由 感染性疾患の疑い

(注)すみやかに医師の診断を受けてください。

治癒証明書

学校(園)名

年 組 氏 名

生年月日 年 月 日

*上記については保護者の方が事前に記入してください

上記の者は、令和 年 月 日以降は、
登校(園)しても差し支えないことを証明します。

疾患名(該当する疾患名に☑を入れてください)

☐ 麻疹

☐ 流行性耳下腺炎

☐ 風疹

☐ 水痘

☐ その他の感染症

()

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

(署名又は記名押印をお願いいたします)