

令和 年 月 日

保護者様

愛知県立春日井高等特別支援学校長
溝口 和子

出席停止について

学校感染症の感染拡大を防止するため、学校保健安全法第19条に基づき出席を停止します。御家庭におかれましては、病院を受診し主治医と相談の上、検温、健康観察等適切な処置をとっていただきますようお願いいたします。なお、疾病が治癒しましたら、登校開始日に切り取り線以下の報告書に必要事項を記入して、学校へ提出してください。治癒報告書の提出をもって出席停止を解除します。

出席停止期間については、別紙を参照してください。

..... きりとりせん

治 癒 報 告 書

年 組 氏名 _____

上記の者について、担当医から該当疾病が治癒または感染の恐れがなくなったと診断されましたので、出席停止を解除してください。

出席停止の期間：令和 年 月 日 () ～令和 年 月 日 ()

疾 病 名 _____

受診医療機関名 _____

受診日 令和 年 月 日

令和 年 月 日

保護者名 _____ 印