

平成 年 月 日

保護者様

※ 年 氏名 _____

下川西小学校長

学校感染症による出席停止について（お知らせ）

お子さんがかかっている（と思われる）病気※_____は、学校保健安全法により学校感染症に指定されています。他の幼児・児童・生徒にうつるおそれのある期間は、出席停止となり登校できません。

必ず医師の診断を受け、医師から登校しても良いと言われたら、下の登校許可証明書を記入してもらい、登校してください。

（※は学校が記入します。）

登 校 許 可 証 明 書

下記の疾病について、感染症予防上支障がないので登校しても差し支えありません。

1 病 名

- | | |
|-------------|-------------|
| (1) 麻疹 | (5) インフルエンザ |
| (2) 流行性耳下腺炎 | (6) 溶連菌感染症 |
| (3) 風疹 | (7) その他（ ） |
| (4) 水痘 | |

2 診断年月日 年 月 日

3 登校してもよいと
認められる年月日 年 月 日から

平成 年 月 日 医師名