

平成 年 月 日

保護者 様

年 組 氏名 _____

長野県梓川高等学校長

出席停止についてのお知らせ

お子様の病気 _____ につきましては、他の生徒に感染させないため及び病気の悪化予防のため、学校保健法の規程により出席停止を指示しますので、医師に受診され処置を取られますようお知らせいたします。出席停止の期間は医師の指示に従ってください。

尚、この場合欠席になりません。

登校時に下記証明書を担任まで提出してください。

.....キ.....リ.....ト.....リ.....セ.....ン.....

治 癒 証 明 書

梓川高等学校

年 組 氏名 _____

病名 _____

罹患期間 月 日 ~ 月 日 まで

上記の学校伝染病は治癒したので 月 日から登校可能と認めます。

平成 年 月 日

学校長 様

医師氏名 _____ (印)