

令和 年 月 日

年 組 氏名
保護者 様

長野県岩村田高等学校長

出席停止についてお知らせ

学校で予防すべき感染症に罹患した旨の連絡を受けましたので、学校保健安全法の規定により出席停止を指示します。医師の指示に従って適切な処置をお取りください。

出席停止期間は、医師の指示に従ってください。登校の際は、医師の証明による「治癒証明書」を学校に提出してください。なお、出席停止期間は欠席日数に入りません。

治 癒 証 明 書

長野県岩村田高等学校長 様

年 組 氏 名

上記の者の下記疾患は治癒しており、他に感染のおそれはないことを証明します。

記

- 1 疾患名 _____
- 2 自宅療養を指示した期間 _____ 令和 年 月 日 から
_____ 令和 年 月 日 まで
- 3 登校可能日 _____ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____