

令和 年 月 日

保護者様

長野県須坂高等学校長

年 組 氏名 さん

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、病気の悪化を防ぐためと他の生徒に感染させないため学校保健安全法の規定により出席停止を指示します。医師とご相談の上適切な処置をとられますようお願いいたします。出席停止の期間は医師の指示に従ってください。

なお、この場合の欠席は欠席日数に入りません。登校再開時には下段の治癒証明書を医療機関にて記入していただき学校へ提出してください。

治癒証明書

長野県須坂高等学校

年 組 氏名

病名： _____

出席停止期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

欠席加療の結果、上記の病気は治癒し、登校可能と認めます。

長野県須坂高等学校長様

令和 年 月 日

医療機関

医師氏名