

年 月 日

保護者様

年 組 氏名

伊那弥生ヶ丘高等学校長

出席停止についてのお知らせ

お子さんの病気 _____ につきましては、他への感染防止、および病状悪化予防の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ので、医師に受診され、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、この場合欠席にはなりません。

登校時に下記証明書を、保健室まで提出してください。

治癒証明書

長野県伊那弥生ヶ丘高等学校

年 組 氏名

病 名 【 _____ 】

期 間 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで出席停止をしました。

については上記学校感染症は治癒し、_____ 月 _____ 日より登校可能と認めます。

学校長 様

年 月 日

医師名 _____