

年 月 日

## 出席停止の通知書

保護者様

札幌大谷中学校・高等学校

年 組 番 氏名

お子さまは、学校感染症（ ）に罹っている疑いがありますので出席を停止いたします。

学校は、感染症の集団発生を予防することと、お子さまの早期療養が大切と考えています。出席停止の期間は、欠席になりませんので、医師の指示に従って必要と認められた期間は十分に休養させてください。

なお、全快または感染の恐れがないと認められ、登校する際には、下記の報告書をご提出下さい。

主治医様

お手数をおかけいたしますが、下記の報告書へのご記入をお願い申し上げます。

-----きり-----

## 学校感染症に関する報告書

札幌大谷中学校・高等学校校長

年 組 生徒氏名

保護者氏名 印

1. インフルエンザ（ ）型
2. インフルエンザ以外の学校感染症（病名 ）

\*該当する番号に○印をつけ、（ ）内にご記入下さい。

上記のため、 月 日より 月 日まで休養加療が必要と診断しました。

年 月 日

医療機関名

医師名

印