

令和 年 月 日

保護者 各位

鹿児島県立指宿高等学校長

学校感染症による出席停止証明について（お願い）

学校感染症に罹患した場合、学校保健安全法に基づき他の生徒に感染する可能性のある期間は「出席停止」となります。感染症の種類と停止期間については、裏面に記載されているとおりです。

医師に診断を受けましたら、次のいずれかを学級担任へ提出してください。

- ・本用紙（保護者が内容確認できていれば、保護者による記入・署名でもよい）
- ・病院の診断書（有料）
- ・本人名、薬剤情報の入った書類等（病名・出席停止期間などの情報も併せてお伝えください）

主治医殿

御多忙中誠に恐縮ですが、下記に御記入の上、生徒へお渡しくださいますようお願い致します。

記

県立指宿高等学校 年 組 氏名

1 診 断 名 : 該当のところに○をお願いします。

- ( ) インフルエンザ
- ( ) 流行性耳下腺炎
- ( ) 流行性角結膜炎
- ( ) 感染性胃腸炎
- ( ) その他：(病名 )

2 出席停止期間 : 令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )

3 備 考 :

上記のとおり、診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

印

医師御氏名

(保護者記入の場合はこちらにお書きください) 保護者氏名

(学校記入欄)

上記の結果について確認しました。

学級担任

印

(担任→保健室)