

系 年 組 番

保護者殿

鹿児島県立鹿児島工業高等学校長

お子様のインフルエンザ・新型コロナウイルス感染症は、学校保健安全法第19条の規定により出席停止扱いになります。

つきましては、下記を作成いただき、保健室へ御提出くださいますようお願い申し上げます。

※タミフル・リレンザ等が処方されたことの確認ができる書類の写しを貼付（裏面）

保護者記入

出席停止による受診届

～インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症～

系 年 組 番 氏名

1 診断名（どちらかに○）

インフルエンザ _____ 型・新型コロナウイルス感染症

2 病院受診日・診断日

____ 月 ____ 日 (____)

3 医療機関名

4 欠席した日

____ 月 ____ 日 (____) ～ ____ 月 ____ 日 (____) まで

上記のとおりお知らせします。

鹿児島県立鹿児島工業高等学校長 殿

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者名 _____

※ 出席停止期間

インフルエンザ・・・発症日翌日から5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで。

新型コロナウイルス感染症・・・発症日翌日から5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで。

(処方箋等写) 貼付