

様式 1

平成 年 月 日

主治医 殿

鹿児島県立種子島中央高等学校

学校感染症罹患に伴う出席の扱いについて（依頼）

かねてより、本校生徒がお世話になっております。

さて、上記のことについて、本校生徒が貴医療機関を受診し、学校感染症に罹患しているため登校を見合わせることを望ましいと判断されました際は、下記の書式に記入し、該当生徒にお渡しいただけませんか。お手数をおかけしますが、よろしく願いいたします。

鹿児島県立種子島中央高等学校殿

学校感染症の罹患に伴う出席の扱いについて

種子島中央高等学校 年 組 氏名

上記生徒は、学校感染症の（ ）に罹患していると診断されました。感染拡大防止のため、登校を見合わせることを望ましいと判断いたします。

登校を見合わせる期間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日までの（ ）日間

平成 年 月 日

病院名

主治医氏名

印