

平成 年 月 日

保護者様

新潟県立小千谷西高等学校長

## 出席停止のお知らせ

お子さんが現在かかっていると思われる病気は、学校保健安全法により他の児童生徒にうつるおそれのある期間は、出席停止となり登校できません。

必ず医師の診断及び治療を受け、医師から登校しても良いと言われたら、下記の登校許可証明書を記入してもらい、登校してください。

(※は保護者の方がご記入ください。)

きりとりせん

## 登校許可証明書

新潟県立小千谷西高等学校

※ 年 組 氏名

下記の疾病について、感染症予防上支障がないので登校しても差し支えありません。

### 1 病名

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| (1) インフルエンザ ( 型) | (8) 結核           |
| (2) 百日咳          | (9) 髄膜炎菌性髄膜炎     |
| (3) 麻疹           | (10) 腸管出血性大腸菌感染症 |
| (4) 流行性耳下腺炎      | (11) 流行性角結膜炎     |
| (5) 風疹           | (12) 急性出血性結膜炎    |
| (6) 水痘           | (13) その他         |
| (7) 咽頭結膜熱        | ・ 溶連菌感染症         |
|                  | ・ 感染性胃腸炎         |
|                  | ・ ( )            |

2 診断年月日 平成 年 月 日

3 登校してもよいと認められる年月日 平成 年 月 日から

平成 年 月 日

医療機関名

医師名