

出席停止解除願 い

小學部
中學部 年 番 氏名 _____
高中部

インフルエンザのため欠席させていましたが、回復しましたので連絡します。

症 状 開 始 日	月 日
陽 性 判 定 日	月 日
解熱(熱が下がった)日	月 日
欠 席 期 間	月 日 ～ 月 日
受 診 した 医 療 機 関 名	

※出席停止期間は、『発症日を0日として5日間療養、かつ、解熱後2日を経過するまで』
となります。(学校保健安全法施行規則第19条による)

上記の通り、保護者として責任をもって申告いたします。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

- ※ 保護者が記入してください。
- ※ 「小學部・中學部・高中部」に○をし、学年と氏名を忘れずに記入してください。
- ※ 医療機関の診療明細書等のコピーを添付してください。
- ※ 原則として、この用紙は登校再開日に担任に提出してください。提出がない場合
早退させることがあります。

※以下には何も記入しないで下さい

出席停止期間 年 月 日 ～ 年 月 日

校長印	副校長印	教務印	学務印	担任印	保健室印