年　　月　　日

保護者さま

●●市立●●小学校長

●● ●●

（公印省略）

出席停止のお知らせ

お子さまが罹患した疾病は、学校保健安全法の規定により、出席停止となります。なお、出席停止は欠席扱いになりませんので、ご安心ください。他の児童への感染を防ぎ、健康を守るための措置ですので、ご理解とご協力をお願いいたします。症状が改善しましたら、受診した医療機関の担当医師から証明を受け、登校時に学校に提出してください。

------------------------------------------ キリトリ ------------------------------------------

**＜ 治癒証明書 ＞**

学校長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　組　　番 | 児童氏名　： |
|  | 保護者氏名： |

1.　病名

2.　発症日

　　　　　　　年　　月　　日（　　　曜日）

3.　出席停止期間

　　　　　　　年　　月　　日（　　　曜日）～　　　　　　年　　月　　日（　　　曜日）

上記の疾病が治癒し、他者に感染の恐れがないことを証明いたします。

年　　月　　日

医療機関名：

担当医師名：