

出席停止の連絡票

令和 年 月 日	
保護者様	
学校名 立山町立立山小学校 (公印省略)	
風疹、麻疹、流行性耳下腺炎等は学校保健法により主治医の許可があるまで出席停止扱いとなりますので、医師と相談のうえ適切な処置をとられるようお願いします。	
記	
1 氏名	第 学年 組 氏名 _____
2 理由	風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・溶連菌感染症 伝染性膿痂疹・（ ）の疑い
3 期間	学校保健安全法第19条の規定 伝染病にかかった子供を出席停止することによって、 病気のひろがるのを防ぐ。出席停止日数は忌引と同じ 扱いになり、欠席日数に含まれない。
主治医様 上記の疾病は伝染の恐れがなくなる日まで登校できないことになっています。 診断・治療のうえ、下記の登校許可日を記入いただき、本人に渡してくださるようお願いいたします。	
登校許可証明書 学校長様 病 名： _____ 登校許可日 令和 年 月 日 診断日 令和 年 月 日 主治医氏名 _____ (印)	

・この連絡票は登校される際に必ず学校へお返してください。

*令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ）まで（ 日間）
*は後日学校で記入