

令和 年 月 日

年 組 さん
保護者 殿

茨城県立水海道第一高等学校長

出席停止について（通知）

届け出がありました下記の感染症については、他生徒への蔓延を防ぐため、学校保健安全法 19 条により出席停止といたします。医療機関を受診し、感染症の予防上、支障がなくなるまで登校しないようお願いいたします。

なお、下記の治療報告書に記入し、医療機関の領収書のコピーを添えて、登校時に提出してください。

治療報告書

1 期間 自 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

2 治療状況 （該当する疾病名に○を付けて下さい。）

水痘・流行性耳下腺炎・風しん・その他（ ）

発症 月 日 治ゆ 月 日

麻しん・インフルエンザ（A型・B型・不明）

発症 月 日 発熱 月 日 解熱 月 日

3 医師による登校許可の指導内容等

*どのような健康状態になれば登校してよいかについて等、医師から指導を受けたことを記入してください。

4 医療機関 受診日 令和 年 月 日

病院名 _____

住 所 _____ Tel _____

上記の感染症により欠席していましたが、登校に支障ないまで治療したことを報告いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印