

(公印省略)  
令和 年 月 日

保護者様

大泉町立北中学校

年 組 氏名

大泉町立北中学校  
校長 中本 晋

学校感染症にかかる出席停止について

下記の感染症と診断された場合は、学校保健安全法第19条の規定により出席停止となります。つきましては、文部科学省で定める期間かつ医師が登校可能と判断するまで、学校を休ませてください。

なお、医師に学校感染症通知書を記入していただき、登校する日に持参してください。

※これより医療機関にて記入

学校感染症通知書

年 組 氏名

病名

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

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記報告いたします。

令和 年 月 日

医師名

印