

担任印

## 学校感染症による出席停止願

令和 年 月 日

川口市立高等学校長 様

年 組 番

生徒氏名

保護者氏名

印

感染症名

受診医療機関

発症年月日

令和

年

月

日

診断年月日

令和

年

月

日

出席停止期間

令和

年

月

日～

月

日

医師より出席停止の指示を受けたら、学校に直接連絡をしてください。出席停止期間が終了し登校をしてから、この「学校感染症による出席停止願」を保護者が記入し提出をしてください。なお、受診の証明として、調剤袋等のコピーを添付してください。（診断書は必要ありません）