

校 長	教 頭		教務主任	担 任

## 学校感染症による出席停止証明書

年 組 番 氏名

保護者名(自署)

該当する項目に○を付け、必要事項を記入してください。

○	出席停止事由	内容
	1 新型コロナウイルス感染症の検査	検査日 令和 ____年 ____月 ____日 医療機関名
	2 罹患	疾患名 (該当に○) 新型コロナウイルス感染症 インフルエンザ ( ____ 型) 麻疹 流行性耳下腺炎 水痘 風しん 結核 咽頭結膜熱 その他 ( _____ ) 出席停止期間 令和 ____年 ____月 ____日 ~ 令和 ____年 ____月 ____日 医療機関名

### < 学校感染症による出席停止証明書について >

- ※ 学校感染症またはその疑いと診断された時点で、必ず学校にご連絡をしてください。
- ※ 検査結果や治療が確認できるもの (PCR 検査結果、調剤説明書、医療費明細書のコピーなど：患者名、日付必要) の添付をお願いします。
- ※ 医療機関による証明書 (有料の診断書など) は不要です。

保管先：保健室