

出席停止措置願（インフルエンザ）

令和 年 月 日
和歌山県立耐久高等学校長 様

学年 番

生徒氏名 _____

保護者 _____

下記証明書のとおり、出席停止措置をとっていただきたく、承認をお願いいたします。

病名（学校感染症）	インフルエンザ（ A型 ・ B型 ）
発症日（0日目）	令和 年 月 日（ ）
受診日	令和 年 月 日（ ）
解熱日	令和 年 月 日（ ）
出席停止の期間	令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ）
受診した医療機関名	_____
*出席停止期間の基準	
発症した後5日を経過し、かつ解熱した日から2日を経過するまで（ <u>最短でも6日間</u> ）	
《発症とは医療機関を受診した日ではなく、インフルエンザ様症状（38℃以上の発熱等）が始まった日です》	

*医療機関でインフルエンザと診断された場合、病状について保護者が記入し、受診証明（領収書・診療明細書・処方薬説明書等）の写しを裏面に貼付してください。

----- 以下本校記入欄 -----

出席停止期間

令和 年 月（ ） 限から 令和 年 月（ ） 限まで