

出席停止措置願 (インフルエンザ)

令和 年 月 日

耐久高等学校長 様

下記のとおり、出席停止措置をとっていただきますようお願いいたします。

年 組 番

生徒氏名.....

保護者氏名..... ㊟

記

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

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 （最短でも6日間）

《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》

学校使用欄（担任記入）

出席停止措置期間

令和 年 月 日（ ） 限 から 令和 年 月 日（ ） 限 まで

校長	教頭	教務部長	養護教諭	学級担任