

保護者様

あべの翔学高等学校

学校保健安全法第十九条により、校長は感染症予防上必要と認めた病気については、出席停止の取り扱いとしています。罹患者本人の回復の為に十分に療養していただくことと、他の生徒への感染防止を目的としています。

つきましては、『出席停止の期間』及び『登校許可』の確認のため、主治医の先生からの証明書をご提示ください。

※欠席日数が単位認定に影響することがあります。

※医療機関によっては有償となる場合もありますが、ご理解をお願い致します。

担当医様

このたびは本校の生徒がお世話になり、ありがとうございます。

ご多忙のところ申し訳ございませんが、登校許可のご指示についてご記入をお願い致します。

登校許可証明書

年 組 番 名前

*該当する病名に○を付けてください。

病名	出席停止期間
インフルエンザ (A / B) 発症日 月 日	発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過するまで。
麻疹	解熱した後 3 日を経過するまで。
流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は耳下腺の腫脹が発現した後 5 日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで。
風しん	発疹が消失するまで。
水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
結核	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで。
その他 ()	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで。

初診年月日 年 月 日

上記疾患が治癒したので、 年 月 日より登校可能と認めます。

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
担当医師名

㊞