

主治医 様

学校（園）名 四日市市立大谷台小学校

（ 年 組） 名前（ ）の保護者より、学校（園）  
において予防すべき感染症（ ）罹患の連絡がありました。

この場合、学校保健安全法及び同施行規則により出席停止及びその期間が定められていま  
す。しかし、同法規則第 19 条第 2 項の中に「病状により学校医その他の医師において感染の  
おそれがないと認めるときは、この限りでない。」とされています。

学校(園)内での伝播、感染の予防に万全を期したいと思いますので、お手数をおかけしま  
すが、感染のおそれがなくなりましたら、下記にご記入いただき、保護者（または当該児）に  
持たせていただきますよう、よろしくお願いいたします。

.....

## 出席停止解除の証明書

年 組 名前

上記の者「 」に罹患加療中のところ、感染のおそれなき  
までに治癒したので、 月 日より登校(園)してさしつかえないことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関名  
医 師 名

印