

(様式1)

主治医 様

学校(園)名

(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。【別紙】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。

発症日	発症後 1日目	発症後 2日目	発症後 3日目	発症後 4日目	発症後 5日目	発症後 6日目
						登校可能

出席停止にかかる証明書

年 組 名前

上記の者「 」に罹患加療中のところ、学校保健安全法の基準により、感染のおそれがないと認め、 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