

受付 令和 年 月 日

主治医 様

熊本県立熊本西高等学校

年 組 号 氏名

私は令和 年 月 日から令和 年 月 日まで、学校を欠席しましたが、学校保健安全法により、出席停止の取り扱いを受けたいので、下記の疾病について、証明くださいますようお願い致します。

学校感染症による出席停止疾患

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 1 インフルエンザ ( 型) | 2 風疹               |
| 3 腸管出血性大腸菌感染症  | 4 水痘               |
| 5 百日咳          | 6 咽頭結膜熱            |
| 7 麻疹 (はしか)     | 8 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) |
| 9 流行性角結膜炎      | 10 結核              |
| 11 急性出血性結膜炎    | 12 その他の感染症<br>( )  |

上記の疾患により出席停止を要することを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

※報告については、保護者(本人) →担任 →コピーを教務、原本を保健室へ