

校長	副校長	教頭	教務主任	保健主事	養護教諭	学年主任	担任

出席停止願

熊本県立水俣高等学校長 様

下記の理由により、学校保健安全法第19条による出席停止を御許可下さいますよう保護者連署のうえお願いいたします。

記

1 受診日 令和.....年.....月.....日

2 診断を受けた医療機関名.....

※本用紙の裏面に、本人氏名と日付と薬名を明記した薬袋（写し可）を添付してください。ただし、薬袋に本人氏名と日付と薬名が明記されていない場合は、薬袋とともに、同内容が明記されたもの（写し可）も添付してください。

3 診断内容

.....

4 出席停止期間

令和.....年.....月.....日から令和.....年.....月.....日まで

令和.....年.....月.....日

.....年.....組.....番 生徒氏名.....

保護者氏名.....印

(参考)

記

【学校において予防すべき感染症の種類】

第1種	感染症予防法に規定する1類、2類感染症（省略）
第2種	（飛沫感染をするもので児童生徒等の罹患が多く、学校において流行を広げる可能性が高いもの） 新型コロナウイルス感染症 インフルエンザ 百日咳 麻しん 流行性耳下腺炎 風しん 水痘 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎
第3種	（感染症のうち学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性があるもの） コレラ 細菌性赤痢 腸チフス パラチフス腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の感染症

※なお、感染症に罹患した期間は、出席停止扱いとなります。

本人氏名と日付と薬名を明記した薬袋（写し可）を添付してください。
ただし、薬袋に本人氏名と日付と薬名が明記されていない場合は、薬袋とともに、同内容が明記されたもの（写し可）も添付してください。