出席停止通知

年　　月　　日

保護者 殿

松本第一高等学校 様

通　　知

お子様の病気は学校保健安全法により、病気の悪化を防ぐためと他の生徒に伝染させないため下記により出席停止を指示しますので、ご家庭において医師とご相談の上、適切な処置をとられるよう通知いたします。

なお、この場合の欠席は欠席日数には入りませんので申し添えます。

記

年　　組　氏名

理由　　期間

出席停止の期間については医師が伝染予防のうえ、支障なしと認めたときは、この限りではありませんので登校させて下さい。

登校許可書

年　　組　氏名

上記の者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿で欠席加療の結果、治癒したので登校しても差し支えないことを証明します。

（　出席停止　　月　　日　～　　月　　日　）

年　　月　　日

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

松本第一高等学校長殿