

保護者殿

糸満市立兼城小学校
校長 上原 仁
(公印省略)

出席停止のお知らせ

お子さんはインフルエンザを発症しています。そのため、**学校保健安全法第19条の規定により出席停止**となります。この期間は**欠席にはなりません**ので、医師の指示を守って療養させてください。

登校の際は、下記の『出席停止解除願い』に記入し、学校へ提出して下さい。下記の様式が病院からの治療証明書の代わりになりますので、ペン書きで署名・捺印を忘れないでください。

登校の際は、マスク着用をお願いします。

記

糸満市立兼城小学校
校長 上原 仁 殿

出席停止解除願い

年 組 番 氏名

- 受診日：(月 日 曜日) 受診
医療機関名：()
- 診断名：インフルエンザ (型)
- 発症した日：(月 日 曜日)
- 体温の経過

月日・曜日	発症後	測定時間・体温	備考
発症した日 月 日 ()	0 日目	午前/午後 時 分 °C	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">注意！！</div> ※発症した後5日経過のため、 最短でも6日目から の登校になります。 ※6日目から登校する場合は、 3日目には解熱(平熱)していること が条件となります。 ※ <u>発熱が続いたため、記入欄がない場合は、裏面に記載してください。</u>
月 日 ()	1 日目	午前/午後 時 分 °C	
月 日 ()	2 日目	午前/午後 時 分 °C	
月 日 ()	3 日目	午前/午後 時 分 °C	
月 日 ()	4 日目	午前/午後 時 分 °C	
月 日 ()	5 日目	午前/午後 時 分 °C	
月 日 ()	日目	午前/午後 時 分 °C	
月 日 ()	日目	午前/午後 時 分 °C	
月 日 ()	日目	午前/午後 時 分 °C	
登校する日の朝 月 日 ()	日目	午前/午後 時 分 °C	

上記の通り、出席停止期間を経過し、治癒しましたので、出席停止の解除をお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名

印