学校感染症に関する出席停止の解除について

| 兵庫県立芦屋 | 屋特別支援学 | 校長 様 | | | | | |
|--------|---------------|------|-----|------|------|-------|------|
| (小・中・高 | 高)学 部 | 学年 | 組 | | | | |
| 児童生 | 三徒名 | | | | | | |
| 疾病名 | 7 2 | | | | | | |
| 受診し | た病院名(| | | | |) | |
| 上記疾物 | 病加療中の | ところ、 | 感染す | る恐れか | ヾなくな | りましたの | で |
| 令和 | 年 | 月 | 日よ | り登校さ | させます | | |
| 【出席停 | 止期間: | 月 | 日(|) より |) 月 | 日(|)まで】 |
| | | | 令和 | 知 年 | 月 | 日 | |
| | | | | | | | |

※お薬の説明書のコピーもしくはお薬が入っていた袋のコピーを添付してください。

保護者名_____

印