

受付番号

校長	教頭	事務長	教務部長	保健部長	養護教諭	学年主任	HR担任

保護者のみなさまへ

学校感染症と診断された場合、主治医の登校許可があるまで出席停止となります。

理由と出席停止の期間を下記の用紙にご記入の上、登校時に担任に提出してください。

令和 年 月 日

県立東播磨高等学校長 様

## 学校感染症による欠席届

年 組 番 名前 :

保護者自署 :

下記の理由による「出席停止」のため欠席しますので、連絡いたします。

1 理由 (病名または、誰にどのような症状があるか等)

---

2 出席停止の期間 令和 年 月 日 ( 曜日) \_\_\_\_\_限 から

令和 年 月 日 ( 曜日) \_\_\_\_\_限 まで

3 医療機関名 \_\_\_\_\_

4 備考 (その他、参考となる事由がありましたらご記入ください。)

---