

## 学校感染症に関する出席停止の解除について

県立むこがわ特別支援学校長 様

学部 年 組 児童生徒名

病 名

上記の疾病により加療中のところ、予防上支障がないものと医師に認められましたので、

令和 年 月 日より登校させます。

【出席停止期間： 月 日（ ）より 月 日（ ）まで】

医療機関名

医 師 名

令和 年 月 日

保護者名

この証明は、医療機関で記入していただく必要はありません。保護者の方がご記入いただいて構いません。  
薬の説明書もしくはお薬手帳のコピーを添付して担任に提出してください。

(学校確認欄)

|       |      |     |     |    |     |
|-------|------|-----|-----|----|-----|
| クラス担任 | 学年主任 | 学部長 | 教務部 | 教頭 | 保健室 |
|-------|------|-----|-----|----|-----|

保健室保管