保護者様

大阪府立茨木西高等学校
学 校 長

学校感染症について

学校保健安全法第１９条に基づき、学校感染症に罹患した場合は出席停止となります。

つきましては、医療機関で下記の学校感染症罹患証明書に必要事項を記入していただき、担任までご提出くださいますよう、よろしくお願いいたします。

保護者様

学校感染症罹患証明書

＿＿＿年　＿＿＿組　＿＿＿番　　名　前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【 疾 病 名 】

【 出席停止期間（医師の指示による自宅で療養すべき期間） 】

令和　　年　　月　　日（　　）より

令和　　年　　月　　日（　　）までの（　　日間　）

令和　　年　　月　　日

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印