

保護者 様

島田市立六合中学校長

## 出席停止の通知

学校保健安全法第19条により出席を停止します。

1. 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_ 年 組 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

2. 出席停止の事由 \_\_\_\_\_

病気が治り、児童生徒を登校させるときは、下記の証明欄に医師の証明をいただき、登校時に提出して下さい。

## 証 明 書

以下の疾病について、すでに感染の恐れはありません。

1. 病名 \_\_\_\_\_

2. 出席停止期間 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

3. 受診医療機関名 \_\_\_\_\_