

平成 年 月 日

徳島県立阿波高等学校長 殿

保護者氏名

㊟

## 出席停止措置願

学校保健安全法第19条に定める感染症(注)にかかっておりましたので、出席停止として扱っていただけますようお願いいたします。

1 生徒番号 \_\_\_\_\_ 生徒氏名 \_\_\_\_\_

2 診断名 \_\_\_\_\_

3 期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

4 受診医療機関名 \_\_\_\_\_

5 医師より登校を許可された日 平成 年 月 日

※ 薬袋、薬の説明書、病院の領収書等のうちいずれかを添付して学校へ提出してください。

(注) 風疹、麻疹、水痘、インフルエンザ、流行性嘔吐下痢症、マイコプラズマ感染症、溶連菌感染症、結核など