令和　　年　　月　　日

保護者様

　　　年　　組　　　　　　　　　さん

佐久市立東小学校長　　中村　努

出席停止について（通知）

　学校保健安全法により、病気の悪化と他の児童生徒への伝染を防ぐため、下記により出席停止を指示しますので、家庭において医師と相談のうえ、適切な処置をとられますよう通知します。　なお、この場合の欠席は欠席日数には入りません。

　また、出席停止の期間中に医師が伝染防止上支障がないと認めたとき、および治癒したときは、お手数でも医師に下記連絡票に記入していただき、学校に提出の上登校させてください。

記

１．出席停止理由

２．期　　　　間　　　　　　　月　　日から　医師は許可する日まで

切りとり線

連　　絡　　票

佐久市立東小学校　　　　年　　組

氏名

病名：百日咳　麻疹　風疹　水痘　流行性耳下腺炎　その他（　　　　　　　　　　　）

□登校を許可します

□その他

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名