

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いただきます。

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