

出席停止措置願(インフルエンザ)

保護者記入

令和 年 月 日 提出

和歌山県立南部高等学校長 様

年 組 番

生徒氏名

保護者氏名 (自筆)

下記のとおり、インフルエンザに感染しているものと診断を受けましたので、申し出いたします。

記

病 名 インフルエンザ(A 型 ・ B 型)

発症日 令和 年 月 日() (発症 0 日目)
(インフルエンザ様症状(38℃以上の発熱等)が始まった日 わかりにくい場合は医師に相談・確認してください)

欠席期間 令和 年 月 日() ～ 令和 年 月 日()

受診日 令和 年 月 日()

医療機関名

医師の指示事項(あれば)

※インフルエンザウイルスの出席停止期間
発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過するまで
→発症日を 0 日として翌日から 5 日間の計 6 日間、かつ、解熱した翌日から 2 日間となります。
(最短で 6 日間)

※受診を証明できるもの(診療明細書あるいは処方薬説明書等)のコピーを裏面に貼付してください。

学校使用欄(担任記入)

出席停止期間

令和 年 月 日() ～ 令和 年 月 日()

校 長	教 頭	教 務	保 健	担 任

戻り: 保健室