

出席停止承認願

No.

(季節性インフルエンザ)

豊南高等学校長 殿

申請日 令和 年 月 日

保護者氏名

印

下記理由により出席停止の承認をお願いいたします。

記

1	該当生徒	学年・組・番	年 組 番
		氏 名	
2	理 由	インフルエンザ () 型 発症日：令和 年 月 日 解熱日：令和 年 月 日 *出席停止期間は、発症日（発熱開始日）を0日と数え、「5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまでとなります。 受診医療機関（病院からの証明は必要ありません） 医療機関名： 住所： 電話番号：	
3	期 間	令和 年 月 日 ～ 月 日	

・太枠内を保護者が記入し、登校再開初日に担任へ提出して下さい。

・お薬説明書やお薬手帳等インフルエンザ治療薬を証明できる物、または診断名や処方薬品名が明記されている領収書のコピーを必ず添付して下さい。添付書類がない場合は医師が記入する登校許可書を提出して下さい。添付書類がない場合は、出席停止を認めることは出来ません。

以上

校長	教頭	養護教諭	学年主任	担任

事務

戻り：担任 ⇒ 保管場所：教務部