

インフルエンザの感染症

保護者 様

白井市立七次台中学校長

出席停止のお知らせ

インフルエンザによりお子さんを出席停止とします。医師の指示に従い感染の恐れがないことが認められたら登校させてください。

記

1 生徒名 _____ 年 組 氏名 _____

2 事由 _____ インフルエンザのため _____

白井市ではインフルエンザの場合に限り、医療機関での証明は必要ありません。ただし、出席停止に変わりはありません。確認のため下のインフルエンザ治癒連絡票に保護者の方が記入、捺印してお子様を通してご提出ください。

〈インフルエンザ出席停止基準〉 **発症後5日を経過し、かつ解熱後2日**

例

水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	月曜日	火曜日
発熱			解熱	1日	2日	登校可能
発症	1日	2日	3日	4日	5日	

切 り 取 り

インフルエンザの感染症

年 月 日

白井市立七次台中学校長 様

インフルエンザ治癒連絡票

年 組 氏名 _____

上の者は、医師の診断及び学校保健安全法の出席停止期間を過ぎたので、本日より登校させます。

年 月 日

医療機関名

保護者氏名 _____ 印