インフルエンザ用

令和　　年　　月　　日

保護者　様

白井市立大山口小学校
校　長　　和地　滋巳

出席停止のお知らせ

インフルエンザにより，学校保健安全法第 19 条に基づきお子様を出席停止とします。医師の指示に従い，感染のおそれがないことが認められましたら登校させてください。

１．児童名　　年　組　氏名

２．事　由　　インフルエンザ

３．出席停止期間　　**発症後 5 日を経過し，かつ解熱した後 2 日を経過するまで**

インフルエンザに限り，医療機関での治癒証明書の取得は必要ありません。上記の出席停止期間を過ぎ，医師の診断により登校再開可能となりましたら下記の『インフルエンザ治癒連絡票』を**ご家庭で記入（保護者の方）**のうえ、学級担任に提出してください。
なお、医療機関によっては治癒証明書の取得が必要となる事があります。その場合には学校まで連絡をください。

※発症日とは，**症状が出始めた日**です。受診した日ではありません。

---------- キ リ ト リ セ ン ----------

白井市立大山口小学校長　様

インフルエンザ治癒連絡票

発症日	／

令和　　年　　月　　日　インフルエンザの出席停止期間を経過し，医師の診断（指示）により登校可能な状態となりましたので，本日より登校させます。

診断を受けた医療機関名

年　　組　氏名

保護者名　　印