

令和 年 月 日

保護者様

小千谷市立小千谷小学校長

学校感染症による出席停止について（お知らせ）

お子さんがかかっている（と思われる）病気_____は
学校保健安全法より学校で予防すべき感染症に指定されていま
す。

他の児童生徒にうつるおそれのある期間は、出席停止となり登
校できません。

必ず医師の診断を受け、医師から登校しても良いといわれたら、
右の登校許可証明証を記入してもらい登校の際、持参してくださ
い。

小千谷市立小千谷小学校長 様

登校許可証明書

年 組 氏名 _____ さん

下記の疾病について、感染症予防上支障がないので登校しても
差し支えありません。

1. 病名

- (1) 麻疹
- (2) 流行性耳下腺炎
- (3) 風疹
- (4) 水痘
- (5) インフルエンザ
- (6) 溶連菌感染症
- (7) その他 ()

2. 診断年月日 令和 年 月 日

3. 登校しても良いと 令和 年 月 日
認められる年月日

令和 年 月 日

病院名・医院名 _____

医 師 名 _____

