

出席停止措置願（インフルエンザ）

令和 年 月 日

有田中央高等学校長 様

下記のとおり、出席停止措置をとっていただきますようお願いいたします。

年 組 番

生徒氏名

保護者氏名 印

記

*医療機関でインフルエンザと診断された場合、医師の指示や病状について下欄に保護者が記入し、インフルエンザに罹患したことが分かる処方薬説明書などの写しを裏面に貼付してください。

病名（学校感染症） インフルエンザ（ A 型 ・ B 型 ）

発症日 令和 年 月 日（ ）

受診日 令和 年 月 日（ ）

解熱日 令和 年 月 日（ ）

出席停止の期間

令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ）

受診した医療機関名

医療機関の電話番号

*出席停止期間の基準

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（最短で6日間）
《発症とは医療機関を受診した日ではなく、インフルエンザ様症状（38℃以上の発熱等）が始まった日です》

学校使用欄（担任記入）

出席停止措置

令和 年 月 日（ ） 限 ～ 令和 年 月 日（ ） 限 まで

校 長	教 頭	教 務	保 健	担 任