

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、領収書・薬袋・薬の説明書等のコピー（医療機関を受診したことがわかるもの）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