

インフルエンザによる出席停止届

インフルエンザ _____ 型のため _____ 月 _____ 日より _____ 月 _____ 日まで

出席停止の指示を受けましたのでお届けいたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

中学・高校 _____ 学年 _____ 組

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

印 _____

桜の聖母学院中学・高等学校長 様

備考：記入は、保護者直筆でお願いいたします。

なお、再登校に関しましては、医師の指示に従ってください。

医師の指示がない場合、学校としては以下の2点を登校の目安として

おりますので、参考にしてください。

- ① 発病した後5日を経過していること
- ② 熱が下がってから2日以上経過していること