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

出席停止の指示をうけましたのでお届けいたします。

令和　　年　　月　　日

　　年　　組

生徒氏名

保護者氏名　　印

桜の聖母学院高等学校長　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