

学校感染症による出席停止届

診断名： _____ のため、

令和 _____ 年 _____ 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。

診断を受けた医療機関名： _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

小学校・中学校 _____ 年 _____ 組 _____ 番

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

桜の聖母学院小学校・中学校長 様

備考：記入は、保護者直筆でお願いいたします。

なお、登校再開に関しましては医師の指示に従ってください。

登校再開後すみやかに担任へ提出してください。