

令和 年 月 日

年 組・氏名

保護者様

静岡県立静岡西高等学校長

## 学校感染症等による出席停止のお知らせ

あなたは、感染症にかかっており、またはその疑いがありますのでお知らせいたします。  
つきましては、学校保健安全法第19条の規定により、出席停止します。

なお、登校するにあたっては、下記登校許可証明書を学級担任に提出してください。

理由

期間 令和 年 月 日より、主治医が感染症の予防上支障無しと認めた時まで。

## 登校許可証明書

校長様

年 組・氏名

1 病 名

2 出席停止期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

3 その他指導事項

上記の者の病気は、感染するおそれなくなりましたので、登校をしても差し支えないものと認めます。

令和 年 月 日

医師名

印