

学校において予防すべき感染症に係る出席停止確認届

宮城県伊具高等学校長 殿

医療機関を受診した結果、下記のような指導を受けましたので御報告します。

令和 年 月 日

年 組 番 生徒氏名 さん

保護者名 《印又は自署》

記

1 疑われる感染症名 _____

2 受診日 令和 年 月 日 _____

3 医療機関名 _____

4 自宅療養期間（出席停止期間）

令和 年 月 日 ~ 月 日（休日及び・振替休日を除く）

5 医師の指示

(1) 令和 年 月 日より登校しても差しさえない。

(2) その他