

(保護者の方がご記入ください)

出席停止解除届

令和 年 月 日

愛知県立美和高等学校長 殿

下記の感染症のため、治療、休養していましたが、医師に登校を許可されました。

1 年 組 番 生徒氏名 _____

2 診断名 _____

3 出席停止期間(出席停止の基準による期間または医師の指示した期間。)

令和 年 月 日 () から 令和 年 月 日 () まで

4 診断医療機関名 病院住所 _____ 市・町 (市・町のみ)

病院名 _____

病院電話 _____

5 保護者氏名 _____ (保護者自署)

6 この疾病の予防接種は受けましたか? いいえ ・ はい (年 月 日)

【 注意 】

学校での感染拡大防止のため、出席停止の基準または医師の指示に従ってください。