

令和 年 月 日

保護者 様

宮城県白石高等学校長 脇 坂 晴 久

出席停止について（お願い）

学校保健安全法第19条により生徒が指定された感染症にかかった場合、本人の速やかな治癒と他への感染防止のため、出席停止の措置をとることになっております。お子様が医師より指定された感染症と診断された場合は、医師の指示のもとご家庭で十分療養をさせてください。

なお、医師から登校の許可が出ましたら下記の証明書に記入していただき、学級担任まで提出をお願いいたします。

-----切--り--取--り--線-----

治 癒 証 明 書

宮城県白石高等学校

年 組 氏名

<病名>

<出席停止期間> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印