

令和 年 月 日

保護者様

鳥取県立鳥取中央育英高等学校

校長 檜 佳 憲

(公 印 省 略)

出席停止のお知らせ

年 組 生徒名[]さんは、学校感染症[インフルエンザ 型]に罹患しておられますので、学校保健安全法第19条の規定により、医師の許可があるまで学校を休み、家庭療養をなさってください。

登校の際には、必ず保護者の方が下記に記入いただき、薬の説明書等、受診したことが証明できる書類を添付して担任に提出してください。

年 組 氏名
診断名：インフルエンザ 型
発症（発熱）日 令和 年 月 日
受 診 日 令和 年 月 日 (医療機関)
解熱した日 令和 年 月 日
令和 年 月 日 保護者名

インフルエンザによる出席停止期間の基準は

「発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで」とされています。

(発症した日は0日とし、翌日が1日目となります。)