

学校感染症に関する出席停止の解除について

兵庫県立芦屋特別支援学校長 様

(小・中・高) 学部 学年 組

児童生徒名

疾病名 _____

受診した病院名 ()

上記疾病加療中のところ、感染する恐れがなくなりましたので

令和 年 月 日より登校させます。

【出席停止期間： 月 日（ ）より 月 日（ ）まで】

令和 年 月 日

保護者名 _____ 印 _____

※お薬の説明書のコピーもしくはお薬が入っていた袋のコピーを添付してください。