

教 頭	教 頭	教務部長	保健部長	養護教諭	学年主任	H R 担任

(保管)

出 席 停 止 届

令和 年 月 日

兵庫県立農業高等学校長 様

____年____科____番

生 徒 名 _____

保護者名（自署） _____

このことについて、以下のとおり医師の診断および出席停止とする期間の指示を受けましたので、届け出ます。

診 断 名	☐ インフルエンザ（ A 型 ・ B 型 ） ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 上記以外の学校感染症 病名： _____
発 症 日	令和 年 月 日（ ）
出席停止の期間	令和 年 月 日（ ）から令和 年 月 日（ ）まで
受診医療機関名	
主な症状	例）発熱、喉の痛み、咳、下痢、嘔吐など

- ・ この用紙は、医師の指示を確認し、保護者が記入してください。
- ・ 受診が確認できるもの（医療費明細書や調剤説明書のコピー等：生徒名、日付、医療機関名等が記入されたもの）を添付してください。
- ・ 受診せず検査キット等で陽性が判明した場合は、学校にご相談ください。