

校長	教頭	事務長	教務部長	保健部長	学部長	担任

(回覧後は保健室保管)

出席停止届

令和 年 月 日

兵庫県立視覚特別支援学校長 様

(幼稚部 ・ 小学部 ・ 中学部 ・ 高等部本科普通科 ・ 高等部本科保健理療科) 年(歳)

(高等部専攻科保健理療科 ・ 高等部専攻科理療科) 年

幼児児童生徒名 _____

保護者名 _____

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、のどの痛み、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。(※成年に達している場合は、生徒本人が記入してください。保護者名の記入は不要です。)
- 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:名前、日付、医療機関名などがわかるもの)を添付してください。