

様式1

保護者 様

錦城学園高等学校
校長 樹下 俊之介

「インフルエンザによる治癒証明書」の提出について

インフルエンザに罹患した場合は、「発症後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで」は出席停止となります。発症日は医療機関を受診した日ではなく、インフルエンザ様症状（38度以上の発熱等）が始まった日です。医療機関受診時に、医師に発症日の相談・確認が必要となりますので、発症日を記載の上受診して下さい。

発症日	平成 年 月 日（症状：	）
-----	--------------	---

担 当 医 殿

錦城学園高等学校

学校における感染症の蔓延を予防するため、学校保健安全法の基準により感染症罹患生徒の登校について証明していただきますようお願い致します。

インフルエンザ治癒証明書

学 校 長 殿

年 組 氏名 _____

上記の者、インフルエンザ（ A型 ・ B型 ・ 不明 ） のため
(該当する箇所に○を付けて下さい)

月 日より 月 日までの登校を禁止とします。

上記の学校感染症は治癒し 月 日より登校を許可します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

学 校 記 入 欄	出席停止期間 月 日 () ~ 月 日 ()	担任印
--------------	-----------------------------	-----