

校長	教頭	教務主任	保健主事	担任

(教務保管)

令和 年 月 日

山梨県立山梨高等学校長 殿

山梨県立山梨高等学校定時制 年 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

インフルエンザ による出席停止願

次のとおり インフルエンザ 型 と診断されましたので、出席停止をご許可くださいますようお願い申し上げます。なお、登校にあたり学校保健安全法施行規則第 19 条に基づく、登校基準を満たしていることを報告します。

1. 出席停止が必要な期間

令和 年 月 日 () ～ 令和 年 月 日 ()

2. 受診について

令和 年 月 日

医療機関名 _____

3. 登校基準について (条件を満たしている場合 ☐ に✓を記入)

☐ 発症日を 0 日とし、発症後 5 日以上経過している。

☐ 解熱した日を 0 日とし、解熱後 2 日経過している。

4. 添付書類

医療機関の受診を証明する書類の写し (受診日が確認できるもの)

(例) 医療機関の領収書、診療報酬明細書、処方箋の領収書、処方箋の説明書 等