

	校長	教頭	教務課長	保健・厚生課	担任
認 印					

## 出席停止許可願

令和 年 月 日

徳島県立阿南光高等学校長 殿

HR・番号・氏名 \_\_\_\_\_ HR 番

保護者氏名 \_\_\_\_\_

次の理由により出席停止の許可をお願いいたします。

主治医 殿

徳島県立阿南光高等学校長

学校保健安全法施行令第5条により、学校において予防すべき感染症と診断された場合は、出席停止の措置をとることになっています。お手数ですが、次に受診結果をご記入くださいますようお願いいたします。

1 診断名 \_\_\_\_\_

2 治療期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

3 上記の者は、 月 日より、登校して差し支えありません。

令和 年 月 日

医療機関

医師名