

学校（園）伝染病患者連絡用紙及び出席停止通知書

年 月 日

保護者 殿

学校（園）名 桐生市相生町3丁目683番地の1
社会福祉法人 ひまわり会
ひまわり保育園
TEL 0277-52-9109
学校（園）長名 園長 尾花 悦子

_____学年 _____組 氏名 _____

※ これより医療機関にて記入

第一種	急性灰白髄炎
第二種	インフルエンザ 百日咳 麻疹 おたふくかぜ 風疹 水痘 咽頭結膜炎 結核 流行性角結膜炎
第三種	流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 腸管出血性大腸感染症

※学校健康安全法による分類

上記の病気は、学校保健法に定められた伝染病に相当しますので、
次の期間、出席させないようにお願いします。

出席停止の期間 _____月_____日 から _____月_____日 まで

医師名 _____

印

上記の病気は、治癒したので連絡します。

年 月 日

医師名 _____

印

(注) 病気がなおって登校（園）するときは、この用紙を持参してください。