

感染症（インフルエンザ）再登校届

年 月 日

兵庫県立明石城西高等学校長様

学年 組 番 生徒名

保護者名 印

下記のとおり療養し登校可能となりましたので、 月 日から登校させます。

記

1 感染症の種類 インフルエンザ（ 型）

2 療養期間 年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）

- ・発症日： 月 日（ ）
- ・解熱日： 月 日（ ）
- ・早退： 月 日（ ） 限より早退
- ・欠席： 月 日（ ）～ 月 日（ ）

3 受診医療機関

*保護者をご記入ください。

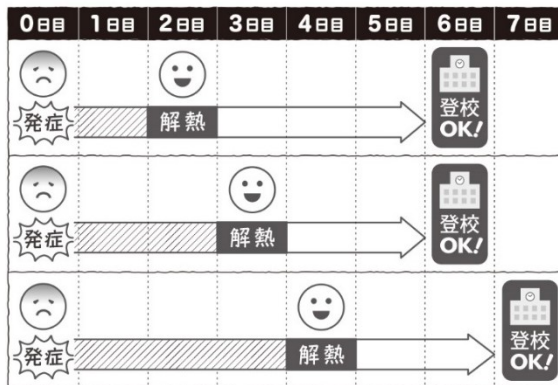
*裏面に薬剤情報用紙または薬袋の写しを添付してください。それがあれば、医師による証明は不要です。

ただし、医師の判断により4日以内もしくは8日以上療養となる場合は、医師による証明（別紙）が必要となります。

【出席停止期間の基準】

発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで

*医師が感染のおそれがないと判断した場合は、これより早い時期でも登校可能



担任記入欄

出席停止期間

月 日 ~

月 日

薬剤情報用紙または薬袋（写し）添付欄