

保護者各位

生徒が学校感染症に罹った場合、学校保健安全法第19条の規定により出席停止となります。つきましては下記の医証を医療機関にて記入していただき、担任へご提出ください。医療機関での証明が何らかの理由で得られない場合は、保護者にて下記を記入し捺印の上 ※罹患した証明となるものの写しを添付して、ご提出くださいますようお願い致します。※検査結果のコピー等

各病院御中

この書類は生徒の出席停止の申請に使用するものです。お手数をおかけしますが下記の医証にご記入くださいますようご協力を願い致します。

九州産業大学付属九州産業高等学校

医 証

普通科/機械科/創造工学科 年 組 氏名 _____

上記生徒は下記の疾患に罹患したことを証明いたします。

※ 該当の疾患にレ点をつけてください。

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型) | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 |
| <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）/ 風疹 | <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） |
| <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症） |
| <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 |
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウィルス感染症 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

【療養を要する期間： 令和 年 月 日～令和 年 月 日】

令和 年 月 日

医療機関名 _____ 印 _____