

年 月 日

年 組 _____ さん
保 護 者 様

小諸市立美南ガ丘小学校長
(公 印 略)

出 席 停 止 の お 知 ら せ

お子様がかかっている、 _____ は、他の子どもたちにうつる恐れ
がありますので、主治医の先生の許可があるまでは、家庭で療養に専念してください。なお、
この場合の欠席は欠席日数に入りません。

病気が治りましたら下記に主治医の先生に、証明をいただいて学校へ提出してください。

----- き り と り せ ん -----

登 校 許 可 書

年 月 日

1. 出席停止の期間

年 月 日 ~ 年 月 日

2. 治癒証明

年 組 氏 名 _____ の _____ が

治癒したので、登校してもさしつかえないことを証明します。

学 校 長 様

医療機関 医師氏名 _____ (印)