

保護者様

学校伝染病は、出席停止となります。お手数をおかけいたしますが、下記の「治ゆ届」を保護者の方が記入して担任まで提出してください。

医師による証明は必要ありません。

該当の学校感染症に○をお付けください。

平成 年 月 日

横浜市立いずみ野中学校様

治 ゆ 届

医師の診察の結果、

- | | | |
|--------------|--------------------|--------------|
| 1 インフルエンザ | 2 麻疹 (はしか) | 3 風疹 (三日はしか) |
| 4 水痘 (水ぼうそう) | 5 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | |
| 6 流行性角結膜炎 | 7 咽頭結膜熱 (プール熱) | |
| 8 その他 () | | |

が治ゆし、登校可能の診断を受けましたので届けます。

出席停止期間 月 日 ～ 月 日

診療医療機関名

生徒氏名 (年 組)

保護者氏名