台東区立黒門小学校長様

出席停止解除願い

このたびの感染症について、感染のおそれがないと医師から登校を認められましたので、出席停止の解除をしていただきますようお願い申し上げます。

病　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

出席停止期間　　月　　日　～　　月　　日

インフルエンザの場合はこちらも記入してください。
発症した日（　　月　　日）　解熱した日（　　月　　日）
※発症（発熱）した日を０日とし、発症後５日目・解熱後２日目までがインフルエンザの出席停止期間です。

新型コロナウイルス感染症の場合はこちらも記入してください。
発症した日（　　月　　日）　症状が軽快した日（　　月　　日）
無症状の場合は検体を採取した日（　　月　　日）
※発症後５日を経過し、かつ症状が軽快した後１日を経過するまでが新型コロナウイルス感染症の出席停止期間です。
※無症状の感染の場合は、検体を採取した日から５日を経過するまでです。

＜出席停止期間について＞
・発症した日から医師において感染のおそれがないと認められて登校許可が出た日までが出席停止期間です。
・感染症の種類によって出席停止期間の基準が異なりますので、登校許可日は医師に確認してください。
・感染症にかかっている疑いがある期間や、かかるおそれのある場合も出席停止とすることができます。

令和　　年　　月　　日

年　　組　児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※この用紙は、主治医の診断と指示を受け、保護者が記入してください。