

保護者様

大阪府立茨木西高等学校
学 校 長

学校感染症について

学校保健安全法第19条に基づき、学校感染症に罹患した場合は出席停止となります。
つきましては、下記の必要事項を記入していただき、担任までご提出くださいますよう、
よろしくお願いいたします。

令和 年 月 日

大阪府立茨木西高等学校長 様

学校感染症罹患に係る出席停止届

年 組 番 名 前： _____

保護者名： _____ 印

【 疾 病 名 】

【 出席停止期間（医師の指示による自宅で療養すべき期間） 】

令和 年 月 日（ ）より

令和 年 月 日（ ）までの（ 日間 ）