学校長　様

県立佐渡特別支援学校

　　　　　　学部　　　　年

児童生徒氏名

療養解除届

上記の者は、以下により療養等をしておりましたが、出席停止期間を経過しましたので本届を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当に〇 | 病名 | 出席停止期間の基準 |
|  | インフルエンザ | 発症した後５日を経過し、かつ解熱した後２日を経過するまで |
|  | 新型コロナウイルス感染症 | 発症した後５日を経過し、かつ症状軽快後１日を経過するまで |

|  |  |
| --- | --- |
| 発症日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 解熱した日  ＊インフルエンザの場合に記入 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 症状が軽快した日  ＊新型コロナウイルス感染症の場合に記入 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 登校開始日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

令和　　年　　月　　日

保護者氏名

保護者の方へ

・インフルエンザ及び新型コロナ感染症は、学校保健安全法施行規則により出席停止期

間の基準が定められています。この間は他の人に感染させる恐れがあるため、登校す

ることはできません。（ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれ

がないと認めたときは、この限りではありません。）

・出席停止期間の数え方については裏面を参考にしてください。

・本届は、**保護者等が記入するもの**です。**医療機関に記入を求めないでください。**

・療養後登校するに当たっては、診断時に医師から再受診の指示があった場合は、それに従ってください。

〈出席停止期間の数え方〉

新型コロナウイルス感染症の場合



インフルエンザの場合

