

【この用紙は保護者の方が記入してください】

年 月 日

新型コロナウイルス感染症にかかる出席停止届（8/18～）

多治見西高等学校 年 組 番

生徒氏名

保護者氏名 印

出席停止期間 年 月 日 ～ 年 月 日

※該当する番号に○印または必要事項を記入ください。

- 1 本人が「新型コロナウイルス感染症」と診断された
※医師、保健所などが登校を許可するまで。
- 2 本人が濃厚接触者と特定された ※症状が出なければ、保健所に指示された期間。
- 3 同居家族がPCR検査を受けた ※結果が判明するまで。
- 4 発熱等、かぜ症状がみられた ※症状がなくなるまで、また医師の指示を受けた期間
(かぜ症状がみられた方を○で囲んでください)

本人 ・ 同居家族 続柄 ()

(1日様子を見て改善されない場合は、病院に受診することが望ましい。また、3日以上症状が続く場合は、医師が登校を許可するまで)

【医療機関にて受診した場合】

受診日： 年 月 日

医療機関名： _____

診断名： _____

- 5 ワクチン接種に起因する副反応がみられた
症状 ()
- 6 その他 ()