

新型コロナウイルス感染症に係る出席停止届

年 組 番 名前

【理由】 ※該当する1～6の□に✓をつけて、必要事項の記入の上、封入してご提出ください。

□	1. 新型コロナウイルスに感染したため、医療機関や保健所等の指示により療養しました。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発症日 (月 日) 時間 (: 頃) ・ 主な症状 [□発熱(°C) □咽頭痛 □咳 □頭痛 □倦怠感 □鼻水・鼻づまり □腹痛、□下痢 □味覚・臭覚異常 □その他] ・ PCR 検査、その他の検査を受けた日 (月 日) 結果が判明した日 (月 日)

□	2. 濃厚接触者(その可能性)となったため、医療機関や保健所等の指示により自宅待機しました。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 濃厚接触者に特定された人 (本人・本人以外 [その関係]) ・ 指示を受けた医療機関名・保健所名 () ・ PCR 検査、その他の検査を受けた日 (月 日) 結果が判明した日 (月 日)

□	3. 上記の1.2には該当しないが、PCR検査等を受けました。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ (PCR 検査 / 検査)等を受けた日 (月 日) ・ 結果 (陽性 / 陰性) → 結果が判明した日 (月 日) ・ PCR 検査等を受けた医療機関名・保健所名 () ・ 主な症状 [□発熱(°C) □咳 □頭痛 □咽頭痛 □倦怠感 □その他] ・ 症状があった期間 (月 日 ~ 月 日)

□	4. 新型コロナウイルスのワクチンの接種日でした。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ ワクチンを接種した日 (月 日) → 1回目 / 2回目のワクチン接種 ・ ワクチンを接種した医療機関名・会場名 () ・ 遅刻 / 欠席 / 早退 しました。※いずれかに○をつけてください。

□	5. 新型コロナウイルスのワクチンの接種による、副反応を疑う症状が見られました。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ ワクチンを接種した日 (月 日) → 1回目 / 2回目のワクチン接種 ・ ワクチンを接種した医療機関名・会場名 () ・ 主な症状 [□発熱(°C) □頭痛 □倦怠感 □関節痛 □腕の痛み □その他] ・ 遅刻 / 欠席 / 早退 しました。※いずれかに○をつけてください。

□	6. その他、学校にお伝えしたい事柄がございましたら、ご記入ください。
	・ ()

※公的機関の書類はあえて発行していただく必要はございませんが、お手元にある場合は(「療養証明書」「就業制限解除通知書」「PCR 検査等結果」「ワクチン接種券」等)、任意で裏面にコピーを貼付していただきますようお願いいたします。

【期間】 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

感染症の予防上支障がないと思われますので、 月 日 より登校します。

令和 年 月 日

※必ず、保護者が記入押印して提出してください。

保護者名



※証明書等コピー貼付欄