

新型コロナウイルス特別予防対策期間欠席届 (10月1日改訂版)

岩倉高等学校長

浅井 千英殿

科	学年	クラス	番号	名前

・当てはまる理由に○をつけてください。\* (改訂) 10月1日~コロナ関連出席停止の考え方参照

<input type="checkbox"/>	①自分が新型コロナウイルス感染症に罹患した。*A
<input type="checkbox"/>	②新型コロナウイルス感染症の罹患者と濃厚接触があった。*B・C
<input type="checkbox"/>	③新型コロナウイルス感染症が疑われる症状が出た。*D
<input type="checkbox"/>	④健康観察でコロナ関連症状や3ポイント以上の症状があった。*E-1 E-2
<input type="checkbox"/>	⑤保健室より出席停止の指示や許可を受けた。*F
<input type="checkbox"/>	⑥その他 ( )

・出席停止した期間 (新型コロナウイルス感染症特別予防対策期間中は上記①~⑥の欠席を出席停止として扱う)

令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )
------------------------

・医師の指示や許可がある場合 (↓への記載が有料になる場合は保護者記入でも可)

医療機関名 :
医師名 :

・医療機関を受診をしていない場合は保護者の方が責任をもって申告をしてください。

届出日 : 令和 年 月 日	保護者氏名 : 印
----------------	-----------

・学校記入欄

担任印 :	保健室印 :	処理番号 :
-------	--------	--------