

## <新型コロナウイルス感染症(疑い)による出席停止の申請書>

1. 期間: 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

2. 理由: 下記の中で該当するものに○、また必要事項を記入してください。

- ( ) 保健所から連絡・指示があった 管轄保健所 \_\_\_\_\_  
( ) 新型コロナウイルス感染症に罹患した(陽性判明)  
( ) 濃厚接触者とみなされた  
( ) その他: 保健所からの連絡事項を記入

- ( ) 次の症状があり、自宅で休養した  
発熱( 度) 咳・鼻水・のど痛・頭痛・腹痛・下痢  
においや味の異常・全身倦怠感・関節や筋肉の痛み  
その他の症状 \_\_\_\_\_

- ( ) 同居家族に発熱やかぜ症状やPCR検査実施の指示があった

- ( ) ワクチン予防接種にて授業が受けられなかった  
令和 年 月 日( 限目から 限目まで)

- ( ) ワクチン予防接種の副反応のため  
症状 \_\_\_\_\_  
早退の場合: 令和 年 月 日( 限目から)

- ( ) その他の理由

3. 受診した医療機関があれば、受診日・医療機関名・診断名を記入してください。

受診日: 令和 年 月 日

医療機関名:

(所在地 県 郡・又は 市)

診断名:

<申請日> 令和 年 月 日

年 組 番 生徒名  
保護者名

