

出席停止解除願 い

小 學 部
中 學 部 年 番 氏 名 _____
高 中 部

①欠席理由（いずれかに○をしてください）

☐	新型コロナウイルスに感染した
☐	ワクチン接種により発熱症状等がみられる

②罹患した場合は記入してください。

症 状 開 始 日	月 日
陽 性 判 定 日	月 日
欠 席 期 間	月 日 ～ 月 日
受診した医療機関名	

※出席停止期間は、『発症日を0日として5日間療養』となります。
（学校保健安全法施行規則第19条による）

上記の通り、保護者として責任をもって申告いたします。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

- ※ 保護者が記入してください。
- ※ 「小 學 部・中 學 部・高 中 部」に○をし、学年と氏名を忘れずに記入してください。
- ※ 医療機関の診療明細書等のコピーを添付してください。
- ※ 原則として、この用紙は登校再開日に担任に提出してください。提出がない場合
早退させることがあります。

※以下には何も記入しないで下さい

出席停止期間 年 月 日 ～ 年 月 日

校長印	副校長印	教務印	学務印	担任印	保健室印