

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)

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルスに感染した
<input type="checkbox"/>	ワクチン接種により発熱症状等がみられる

②罹患した場合は下記に記入してください。

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。

※ 可能な限り、医療機関の診断明細書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