

新型コロナウイルス感染症に係る出席停止願（保護者記入）

年 科 番 名前

学校を休んだ期間	令和 4 年 月 日 曜日 ~	令和 4 年 月 日 曜日 () 日間
状況 *該当するところに○をつけてください	<input type="checkbox"/>	本人が新型コロナウイルス感染症と診断された
	<input type="checkbox"/>	本人が濃厚接触者と特定された
	<input type="checkbox"/>	本人が新型コロナワクチンを接種するため
	<input type="checkbox"/>	本人が新型コロナワクチン接種による発熱等の副反応
	<input type="checkbox"/>	※本人が発熱等の症状があった
	体温	<input style="width: 100px;" type="text"/> °C
	症状	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	期間	月 日 ~ 月 日
登校開始日	令和 4 年 月 日 曜日	
登校開始日の体温	<input style="width: 100px;" type="text"/> °C	

※の状況については、通学圏域の感染状況や家族内感染状況等から新型コロナウイルス感染症との因果関係を想定しにくいと判断された場合、出席停止とならないことがあります。

届出日 令和 4 年 月 日

保護者名

校 長	教 頭	教 頭	教務部長	学年主任	担 任

保管