

出席停止確認書

年 組 号

生徒氏名 _____

1 下記の新型コロナウイルス感染症に関する出席停止の基準で、該当するものに○を付けてください。

ア () 発熱等の風邪症状や、息苦しさ、倦怠感、味覚・嗅覚の異常などの症状がある。
※新型コロナワクチン接種に伴う副反応により、発熱等の風邪症状がみられる場合も含む。

イ () 登校により、感染する不安や、他人に感染させる不安がある。

ウ () 新型コロナワクチン接種のため。

※ ○を付けられた症状や状況について、具体的に記入してください。

2 療養期間 月 日 ~ 月 日

※ 受診された場合は、医療機関名を記入してください。

医療機関名 ()

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (自署)

※ 本書は保護者が記入し、療養後に提出してください。