

新型コロナウイルス感染症に関する届

太線枠内の該当各部に記入して下さい。

提出日 年 月 日

期 年 組 番 氏名
記入日： 年 月 日 保護者（保証人）氏名 印
下記の通り、指示された期間を経過したことを申告します。 欠席期間： 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）
《理由》下記1～5の該当するケースに <input checked="" type="checkbox"/> を入れて、必要事項を記入してください。
ケース1 <input type="checkbox"/> （本人・家族）が感染または濃厚接触者となった。 医療機関名：
ケース2 <input type="checkbox"/> （本人・家族）がPCR検査を受けた。（結果：コピーを提出） 医療機関名：
ケース3 <input type="checkbox"/> 体調不良があった事項に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる。（別紙、登校再開条件を全て満たした） 主な症状： <input type="checkbox"/> 発熱、 <input type="checkbox"/> 風邪の諸症状、 <input type="checkbox"/> 息苦しさ、 <input type="checkbox"/> 倦怠感、 <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚障害 <input type="checkbox"/> 感染症に類する症状、 <input type="checkbox"/> 頭痛、 <input type="checkbox"/> 腹痛、 <input type="checkbox"/> 下痢嘔吐、 <input type="checkbox"/> その他
ケース4 <input type="checkbox"/> 基礎疾患があり、感染すると重症化する恐れがあるため医師の指示で自宅待機した。 基礎疾患名： 医療機関名： 医師名：
ケース5 <input type="checkbox"/> ケース3の症状があったが、医師から「感染の危険がない」との診断結果で、 月 日から登校許可が出た。（領収証：コピーを提出） 医療機関名： 医師名：

※医療機関および医師名は、保護者または保証人が記入してください。

※必要書類（PCR検査結果、領収証等）が提出できない場合は、欠席扱いのままです。

担任記入欄（保護者・保証人の方は記入しないでください）

受領日：

出席停止の期間： 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）

出席停止の日数： 日間（出席すべき日数分）

担 任 氏 名： 印

校長	部長	副部長	学年主任