

新型コロナウイルス特別予防対策期間欠席届 (2020年8月8日版)

※保護者記入用(署名・印必須)

共栄学園中学高等学校長

石田 圭殿

校種	学年	クラス	番号	名前
中学・高校				

・当てはまる理由に○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	①自分が新型コロナウイルス感染症に罹患した。 (医師による登校許可が必要)
<input type="checkbox"/>	②同居家族が新型コロナウイルス感染症に罹患した。 (最後に濃厚接触があった日から14日間出席停止+医師または保健室の許可が必要)
<input type="checkbox"/>	③新型コロナウイルス感染症の罹患者と濃厚接触があった。 (最後に濃厚接触があった日から14日間出席停止+医師または保健室の許可が必要)
<input type="checkbox"/>	④新型コロナウイルス感染症に疑われる症状が出た。 (医師または保健室の許可が必要)
<input type="checkbox"/>	⑤罹患はしていないが医師や保健室より指示を受けた。 (医師または保健室の許可が必要)

・出席停止した期間 (新型コロナウイルス感染症特別予防対策期間中は上記①～⑤の欠席を出席停止として扱う)

令和2年	月	日 ( )	～	月	日 ( )
------	---	-------	---	---	-------

・医師の指示や許可がある場合

医療機関名：
医師名：

※医療機関の受診をしていない場合は保護者の方が責任をもって申告をしてください。

上記内容に間違いありません
届出日：令和2年 月 日 保護者氏名： 印

-----学校記入欄-----

校長印：	教頭印：	教務主任：	学級担任印：	養護教諭印：
------	------	-------	--------	--------