

新型コロナウイルス感染症に伴う届出

子ども園・小学校・中学校

クラス _____ 番号 _____

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名 _____

以下の事由のため、新型コロナウイルス感染症に関する欠席期間を申告いたします。

欠席した期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

保護者の方が、該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。

該当項目	欠席事由	出席停止期間の目安	備考
	① 新型コロナウイルス感染症と診断された	保健所もしくは医療機関の指示のもと療養解除が認められるまで	受診した医療機関名 () 受診先の明細書コピー等を添付
	② 濃厚接触者のため	保健所もしくは医療機関の指示のもと隔離解除が認められるまで	感染者の続柄 () 最終接触日 (年 月 日) 罹患を示す書類を添付

※添付書類がない場合は詳細をお伝えください。

欠席期間中の健康状態をご記入ください。

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
月日	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
主な症状							
	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目
日付	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
主な症状							

新渡戸文化学園

新型コロナウイルス感染症に伴う届出

新渡戸文化高等学校

クラス _____ 番号 _____

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____

以下の事由のため、新型コロナウイルス感染症に関する欠席期間を申告いたします。

欠席した期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

保護者の方が、該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。

該当項目	欠席事由	出席停止期間の目安	備考
	① 新型コロナウイルス感染症と診断された	保健所もしくは医療機関の指示のもと療養解除が認められるまで	受診した医療機関名 () 受診先の明細書コピー等を添付
	② 濃厚接触者のため	保健所もしくは医療機関の指示のもと隔離解除が認められるまで	感染者の続柄 () 最終接触日 (年 月 日) 罹患を示す書類を添付

※添付書類がない場合は詳細をお伝えください。

新渡戸文化学園