

| | | | | | |
|----|----|-----|----|----|-----|
| 校長 | 教頭 | 事務長 | 教務 | 担任 | 保健室 |
| | | | | | |

新型コロナウイルス感染症に係る出席停止届

令和 年 月 日

埼玉県立鴻巣高等学校長 様

年 組 番 氏名

保護者氏名

印

1. 出席停止期間 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

2. 出席停止の理由 ※該当するものすべてに○印を付け、必要事項を記入してください。

| ○印 | 理由 | 詳細 (必ず記入すること) |
|----|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| | 新型コロナウイルス感染症と診断された | 発 症 日: 月 日 () 陽 性 判 明 日: 月 日 () 自 宅 待 機 指 示: 月 日 () まで |
| | 濃厚接触者に特定された | 感染者の続柄: 最 終 接 触 日: 月 日 () 自 宅 待 機 指 示: 月 日 () まで |
| | P C R 検 査 を 受 け た | 検 査 実 施 日: 月 日 () 結 果 判 明 日: 月 日 () |
| | 新型コロナウイルス感染症が疑われる症状 (発熱、咳、息苦しさ、強いだるさ等) があった | 発 症 日: 月 日 () 体 温: °C 主 な 症 状: |
| | その他 | ※具体的に記載してください。 |

3. 上記に関連して医療機関を受診した場合

| | |
|---------|--------------|
| 受診医療機関名 | |
| 医療機関受診日 | 令和 年 月 日 () |