

## 新型コロナウイルス感染症に関する出席停止期間届（保護者記入）

年 組 番 氏名

---

学校を休んだ期間	令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）まで（ 日間）
状況 *該当するところに ○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症と診断された
	<input type="checkbox"/> 本人が濃厚接触者と特定された
	<input type="checkbox"/> ワクチン接種をうけにいった。
	<input type="checkbox"/> ワクチン接種による副反応がでた。
	<input type="checkbox"/> 発熱等の風邪症状があった 症状：（ ） 期間：（ 月 日～ 月 日 ）
	<input type="checkbox"/> その他疑われる症状があった 症状：（ ） 期間：（ 月 日～ 月 日 ）
	<input type="checkbox"/> 同居の家族に発熱等の症状があった
	<input type="checkbox"/> その他
登校開始日	令和 年 月 日（ ）
登校開始日の体温	℃

届出日 令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印