

保護者記入用

令和 年 月 日

日本大学櫻丘高等学校長  
大木 治久 殿

新型コロナウイルス感染症に関わる出席停止届

年 組 番

生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

理由①

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) より \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) まで自宅にて健康観察を行いました。本日 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) より登校いたしますのでよろしくお願い申し上げます。

受診医療機関名 (家族の場合も記入)

: \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

( 本人 ・ 家族 ) の症状と医療機関からの受診内容

\*発熱の場合は本人または家族の症状が消失した日を0日とし、3日経過するまで出席停止（発症日を含む5日間以上）となります。症状により期間は変更する場合があります。

理由②

( 本人が陽性者 ・ 本人が濃厚接触者 / 同居家族が陽性者 ・ 同居家族が濃厚接触者 ) となったため、\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) より \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) まで健康観察を行いました。本日 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) より登校いたしますのでよろしくお願い申し上げます。

\*健康観察について： ( 自宅 ・ 宿泊施設 ・ 病院 )

\*14日間もしくは医療機関・保健所等の公的機関からの指示により出席停止となります。

受診医療機関・相談センター名 (家族の場合も記入)

: \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

※1 かかりつけ医師もしくは相談センターに必ずご相談し、指示を受けてください。

※2 「新型コロナウイルス感染症に関わる出席停止届」は登校日の朝、教室入室前に担任へ生徒が提出してください。

担任処理欄

\*保護者の方は以下を記入しないでください。

出席停止期間 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) ~ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) まで

出席停止の日数 : \_\_\_\_\_ 日(日曜と祝日除く・家庭学習日含む)

備考 : \_\_\_\_\_

\*備考欄にはPCR検査結果・ワクチン接種後の副反応の具体的な症状を記入してください。

担任氏名 : \_\_\_\_\_ ㊟