

学校感染症による出席停止証明書

(新型コロナウイルス用)

年 組 番 氏名 _____

上記の生徒は、下記のため _____ 月 _____ 日 () より _____ 月 _____ 日 ()

までの _____ 日間の出席停止を要するものと認めます。

該当項目に (チェック) をして下さい。

- 発熱等の症状が見られたため
- 新型コロナウイルスに感染・療養のため
- コロナワクチン接種日 (1回目) ・ (2回目)

いずれかに○印をお付けください。

- ワクチン副反応のため ※症状は健康観察書にご記入ください。
- その他 ()

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印

(医療機関に受診した場合のみ記入)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師 名 _____ 印

お手数をおかけ致しますが、上記の証明をよろしくお願い申し上げます。

出席停止証明書と出校停止期間中の健康観察報告書(治癒証明書)も担任に

ご提出ください。

武蔵越生高等学校