

再登校の際に担任へ御提出ください。

新型コロナウイルス感染症(疑い含む)についての連絡票

科 年 組 番 生徒氏名

- 1 新型コロナウイルス感染症に関し、「学校保健安全法第19条による出席停止」とする事由 (☑ をつけてください)

医療機関において新型コロナウイルス感染症と診断された

新型コロナウイルス感染症の患者と接触があり、濃厚接触者に特定された

発熱等の風邪の症状がみられる場合
(具体的に:)

- 2 学校を欠席した期間

令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()

- 3 受診した場合にかかった医療機関等 *できるだけ受診をお願いします

受診日 令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()

医療機関名 住所

医師による指示

- 4 欠席期間中の様子 (発熱等の経過)

上記について連絡します。 令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)